

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 150

TRAITEMENT

DES

Luxations traumatiques anciennes
DE LA HANCHE

Indications de la **Méthode sanglante** — Résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL PIOLLET

Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements
(Prix Bonnet, 1898)

Chargé des fonctions d'Aide d'anatomie à la Faculté (1900-1902)

Né à La Tronche (Isère), le 22 Septembre 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 150

TRAITEMENT

DES

Luxations traumatiques anciennes
DE LA HANCHE

Indications de la Méthode sanglante — Résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

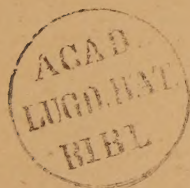
PAR

PAUL PIOLLET

Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements
(Prix Bonnet, 1898)

Chargé des fonctions d'Aide d'anatomie à la Faculté (1900-1902)

Né à La Tronche (Isère), le 22 Septembre 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^e

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes.....	M. LAROYENNE.
---------------------------------------	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, D ^r ès sciences.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Que ce travail soit le gage de notre profonde reconnaissance pour nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté :

M. le professeur Poncet, dans le service duquel nous avons commencé et finissons nos études. Dès longtemps, il nous avait appris à aimer ce qu'est la chirurgie ; nous revenons auprès de lui, user de son enseignement clinique ; la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a témoignés nous ont été un lien précieux ; nous voudrions que l'élève pût rendre à pareil Maître tout ce qu'il lui doit dans son éducation, encore bien imparfaite. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse ;

M. le professeur Testut, qui nous a admis dans son laboratoire, et nous confie, depuis deux ans, les fonctions d'aide d'anatomie ;

M. le professeur Fochier, qui nous a prodigué, durant un semestre, les ressources de sa méthode et de sa haute compétence clinique ;

M. le professeur Maurice Pollosson, dont nous sommes heureux d'avoir pu suivre l'enseignement si

personnel, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Faculté ;

MM. les professeurs Augagneur, Jaboulay, Teissier ; MM. les professeurs agrégés Bouveret, Lannois, Pic, M. le docteur Drivon, médecins des Hôpitaux ; MM. les professeurs agrégés Gangolphe, Vallas et Rollet, chirurgiens des Hôpitaux, dont l'expérience clinique nous a guidé pendant notre externat et notre internat ;

MM. les professeurs agrégés Rochet et Tixier, chirurgiens des Hôpitaux, qui nous ont enseigné la pratique de la médecine opératoire.

Qu'il nous soit permis de rappeler la mémoire vénérée du professeur Ollier, dont nous avons eu l'honneur d'être un des derniers internes.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux, a été pour nous plus qu'un maître dévoué ; depuis notre internat dans son service, il nous a constamment aidé de ses conseils et de ses leçons, et nous a prodigué les marques de sa sympathie ; qu'il reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous garderons le meilleur souvenir de ces années d'internat, où nous n'avons trouvé que des camarades agréables et des amis dévoués.

INTRODUCTION

La question du traitement des luxations anciennes de la hanche est entrée, depuis quelques années dans une phase nouvelle; puisant une audace justifiée dans les pratiques et les résultats de l'asepsie opératoire, les chirurgiens, qui avaient été longtemps effrayés par la profondeur de l'articulation coxo-fémorale, enfouie au milieu d'énormes masses musculaires, sont allés jusqu'à elle pour l'ouvrir et tâcher de lever directement les obstacles qui s'opposaient à la réintégration de la tête luxée. Ce n'est pourtant que peu à peu, que le manuel opératoire a été précisé, et les premiers qui tentèrent cette *reposition sanglante* eurent des succès bien compréhensibles, quand on songe à la difficulté de semblables opérations. Il semble, pourtant, qu'actuellement la technique soit assez bien réglée, et c'est afin de profiter de l'expérience des opérateurs successifs, et dans l'espoir d'arriver à dégager d'un ensemble de faits, mainte-

nant assez touffu, des conclusions nettes, que nous avons tenté le présent travail.

Il faut d'abord se demander ce que l'on doit, au juste, comprendre, sous le nom de *luxation ancienne*. A notre avis, le terme doit être pris dans un sens assez large, et l'espace de temps qui s'est écoulé depuis le traumatisme initial n'a pas besoin d'être très considérable pour que la luxation, devenue irréductible, rentre parmi celles qui doivent nous intéresser. Pour la hanche, plus que pour toute autre articulation, la réduction doit être faite le plus tôt possible après le traumatisme, et les difficultés de réintégration de la tête fémorale croissent très rapidement à mesure que s'écoulent les jours. Au bout d'une semaine, la luxation est déjà plus difficile à réduire. Au bout d'un mois, il est fréquent de constater que le travail plastique qui s'est produit au pourtour de la région traumatisée, apporte à la réduction des difficultés considérables, parfois insurmontables ; là, il y a une équation personnelle, variant suivant l'âge du blessé, variant aussi suivant sa plasticité, en quelque sorte : certains sujets faisant très rapidement et en abondance du tissu fibreux ou même osseux ; d'autres au contraire, les femmes et les vieillards notamment, ayant des tissus qui réagissent plus lentement. Néanmoins, d'une façon générale, à partir d'un mois et demi ou deux mois, une luxation traumatique de la hanche, peut présenter les plus grandes difficultés de réduction et mérite de rentrer, au point de vue du traitement, dans la classe des luxations anciennes.

Nous ne nous occuperons, dans ce travail, ni des luxations congénitales, sur lesquelles ont paru de nombreux travaux, fixant d'une façon à peu près définitive leur traitement (voir thèse de Comte), ni des luxations pathologiques, quoique la thérapeutique de ces dernières se rapproche assez, dans certains cas, de celle des luxations traumatiques (Payr, G. Gayet).

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'état fonctionnel des sujets atteints d'une luxation ancienne du fémur, non réduite ; cela, afin de juger une question préjudicielle : faut-il traiter de pareils malades ?

En second lieu, nous chercherons à indiquer le manuel opératoire de la réduction non sanglante, d'en peser les avantages et les inconvénients, d'en déterminer la possibilité, tâchant de dégager de cette étude les indications de la méthode sanglante.

Celle-ci se divise elle-même en plusieurs méthodes secondaires, dont nous essaierons d'établir le bilan dans les chapitres suivants : c'est l'ostéotomie, la résection du fémur, et enfin la réduction sanglante pure.

Au cours de cette étude nous intercalerons les observations que nous avons pu réunir, et parmi lesquelles se trouvent : une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ; deux autres, également inédites, qui nous ont été données par M. le professeur agrégé Chandelux,

et une quatrième enfin qui, présentée à la Société de Chirurgie de Lyon, nous a été communiquée *in extenso* par M. Goullioud, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, à Lyon. Nous sommes heureux de pouvoir les remercier ici de leur obligeance.

CHAPITRE I

Etat fonctionnel des sujets porteurs d'une luxation traumatique ancienne non réduite.

La première question qu'il faut se poser, quand on aborde le traitement des luxations anciennes de la hanche, est celle de la nécessité du traitement. Est-il indispensable de traiter de pareils malades? En d'autres termes, une luxation traumatique ancienne coxo-fémorale constitue-t-elle une infirmité assez sérieuse pour qu'on discute, à son propos, des interventions qui ne sont pas, nous le verrons, sans une certaine gravité?

Il est d'abord toute une classe de cas qu'il faut mettre absolument à part : ce sont ceux où existent des douleurs intolérables dues à la compression d'un nerf par la tête déplacée. Les observations en sont fréquentes, et c'est dans des cas semblables qu'ont été faites les premières interventions sanglantes

(Delagarde, Mac Cormac, etc.), dirigées plutôt contre les symptômes douloureux que contre le déplacement de la tête. Il est, du reste, facile de se rendre compte du mécanisme de ces douleurs; parmi les luxations postérieures, ce sont les ischiatiques qui donnent le plus fréquemment ce syndrome douloureux, car la tête fémorale comprime directement le nerf sciatique à sa sortie du bassin. On a pu voir ce nerf (Delagarde, Obs. XVIII) dénudé sur une certaine longueur, et directement appliqué sur la sphère fémorale. Dans les luxations iliaques, au contraire, il est plus rare d'observer de la compression du sciatique; ordinairement, en effet, la tête fémorale, ainsi que l'a démontré Bigelow, est plus haut que le sommet de l'échancrure sciatique, en pleine fosse iliaque externe; et cela est plus vrai encore quand la luxation est ancienne, la tête ayant toujours tendance à monter. Il existe cependant des cas où des douleurs irradiées le long du sciatique accompagnent la luxation iliaque (Obs. XXIX), le nerf ayant été, au cours du traumatisme, repoussé et déplacé par la tête fémorale. Pour ce qui est des luxations antérieures, les ovalaires donnent ordinairement des douleurs irradiées (Obs. XVII, XXI, XLI, etc.), par compression du nerf obturateur; les luxations ilio-pubiennes, au contraire, sont rarement la cause de phénomènes douloureux persistants. Enfin, les luxations pubiennes ou sus-pubiennes s'accompagnent de tels délabrements des parties molles, qu'elles produisent presque toujours des tiraillements du nerf crural.

Dans tous ces cas, où existent des douleurs névral-

giques, où chaque tentative faite par le blessé pour s'appuyer sur son membre, et parfois même la simple mobilisation passive, produisent des élancées douloureuses intolérables, l'indication d'intervenir est évidente : il faut agir énergiquement, que ce soit par des manœuvres de réduction ou par une opération sanglante.

Mais, quand il n'y a pas de symptômes particulièrement douloureux, est-il vrai, comme le dit Ollier, dans le « Traité des Résections, » que « les luxations traumatiques irréductibles finissent le plus souvent par être compatibles avec un utile fonctionnement du membre, malgré la persistance de la claudication ? »

Il faut, pour répondre à cette question, distinguer les luxations en avant et les luxations en arrière.

Celles-ci sont, de beaucoup, les plus fréquentes : d'après la statistique globale de Kneer (qui a ajouté celles de A. Cooper, Malgaigne, Weber, Hamilton, Billroth, et la sienne), elles forment 76.02 0/0 de la totalité des luxations de la hanche. Or, que deviennent-elles, au point de vue anatomo-pathologique d'abord, au point de vue clinique ensuite, quand la réduction n'a pas été effectuée ? Au bout de deux mois déjà, principalement chez les jeunes, on a pu constater (Obs. LXV) la présence d'une nouvelle cavité articulaire formée autour de la tête luxée ; nombre d'opérateurs ont rencontré de semblables formations (Obs. XVIII, XXIX, LXVII, etc.) et parfois même le ligament rond, arraché à son insertion acétabulaire, était venu se souder à la nouvelle

cavité (Obs. XXVI, LVIII). Mais cette néarthrose n'est pas solide, elle présente des rebords mousses (Obs. XXV) et ne répond pas aux nécessités statiques créées par la station bipède ; la tête fémorale, sous l'influence du poids du corps dans la marche, remonte progressivement dans la fosse iliaque externe, et bientôt la démarche devient extrêmement claudicante, pire que dans la luxation congénitale. Je n'en veux pour preuve que l'observation suivante, venant de la clinique du professeur Poncet.

OBSERVATION I

PORTE. — *Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 61

LUXATION ILIAQUE, D'ORIGINE TRAUMATIQUE, DE LA HANCHE DROITE DATANT DE 13 ANS.

Homme 43 ans, voiturier.

En 1878, à l'âge de 30 ans, il venait de charger un tombereau de pierres de 5.000 kilog. et était occupé à enlever la chambrière, lorsque le tombereau le renversa et le surprit le dos courbé et penché en avant. Il ne put se relever. Tentatives infructueuses de réduction. Appareil à traction continue pendant 6 mois ; puis marche avec des béquilles. En 1879 ténotomie du tendon d'Achille, luxation iliaque irréductible ; le malade marche sur la pointe du pied. Massage, bains, etc.

Etat actuel. Rotation interne, adduction, flexion légère. Raccourcissement de 8 cm., pied en équinisme, atrophie du membre inférieur droit.

Debout, le malade repose sur les têtes des métatarsiens ; le talon est à 8 cm. du sol.

Adduction et flexion assez étendues, abduction limitée.

Pas de déviation du bassin ni de la colonne.

Pendant la marche, *déhanchement simulant une luxation congénitale*, avec incurvation compensatrice du tronc ; *à chaque pas la tête fémorale remonte dans la fosse iliaque externe.*

Le malade fait une moyenne de 15 kilom. par jour. Il lui arrive de faire 35 kilom. dans la journée.

On voit que, dans ce cas, favorable en somme, la démarche disgracieuse constituait à elle seule une infirmité véritable. Or, il est nombre de cas bien moins heureux ; sur 17 luxations anciennes de la hanche, dont 15 postérieures, provenant de la Clinique de Bruns, et rapportées par Kneer, deux malades seulement (ses cas 18 et 21) avaient une fonction passable du membre ; ils marchaient en boitant. Dans les autres cas, et nombre de nos observations le prouvent (XI, XII, XVI, etc.) le membre est presque inutilisable par suite de l'adduction avec rotation interne amenant le membre malade jusqu'à croiser le membre sain. L'infirmité est plus grave encore, quand la tête est solidement fixée dans le bassin par des ostéophytes (Obs. XV, XLIII, LXXI), ce qui se produit chez quelques jeunes ; on a alors une ankylose du membre en position extrêmement vicieuse, et les malades de cette catégorie se présentent au chirurgien avec des béquilles, qui remplacent un membre inutilisable.

Parmi les luxations antérieures, comprenant 23,4 0/0 des luxations de la hanche, d'après Kneer, ce sont les ischio-pubiennes qui ont le meilleur pro-

nostic éloigné, chez les jeunes sujets : témoin l'observation (Malgaigne) de cet ancien soldat qui marcha jusqu'à 74 ans avec une luxation ilio-pubienne datant de sa jeunesse; Oldenor rapporte un cas analogue; cependant la fonction n'est pas parfaite et, généralement, il reste une certaine claudication; mais on doit, semble-t-il, se contenter d'un pareil résultat. Il n'en est, d'ailleurs, pas de même dans tous les cas, et le malade de Tillaux (Obs. XL) est un exemple de luxation ischio-pubienne causant une infirmité absolue.

Pour ce qui est des luxations ovalaires, outre les compressions nerveuses fréquentes, c'est la position vicieuse du membre, qui gêne surtout la marche. La tête fémorale, en effet, répondant au trou ovale, ne tarde pas à s'entourer d'une nouvelle cavité cotyloïde, parfois d'une grande profondeur (Obs. XLI); elle y est solidement fixée, et ne risque nullement de se déplacer, car le fémur est maintenu encore par les adhérences qui se forment entre le grand trochanter et la cavité cotyloïde déshabitée. Mais de cette fixité même de la tête résulte une déformation extrême du membre inférieur. La cuisse est portée en abduction et rotation externe, de telle sorte que le pied ne touche pas terre, à moins que le blessé ne fléchisse considérablement le bassin sur le membre sain; deux malades d'Endlich (Obs. LXI et LXII) sont des exemples d'une telle infirmité. Kneer en donne deux observations (ses cas n° 22 et 28) et, dans l'un d'eux, la difformité était telle que la transformation en luxation ischiatique fut regardée comme un bon résultat.

Nous voyons donc que, dans les luxations coxo-

fémorales anciennes, d'origine traumatique, peuvent exister des symptômes douloureux suffisants à eux seuls pour nécessiter une intervention. De plus, les luxations postérieures sont souvent suivies d'une laxité de la tête, qui produit une claudication considérable; plus rarement d'une déformation par adduction et flexion exagérées, rendant la marche très difficile; les luxations antérieures sont un peu plus favorables au point de vue de la fixité de la tête fémorale luxée; mais elles causent ordinairement une telle abduction, que le membre devient presque inutilisable. Aussi nous semble-t-il qu'on sera presque toujours conduit à un traitement quelconque, orthopédique ou chirurgical, ayant pour but de rendre au malade un membre utile, soit en remplaçant la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, soit en s'approchant plus ou moins de ce résultat idéal.

CHAPITRE II

Traitement non sanglant

Il est évident qu'en présence d'une luxation quelconque, ancienne ou récente, de la hanche ou d'une autre jointure, c'est à la réduction manuelle qu'on pense tout d'abord. Sans vouloir faire l'énoncé détaillé de toutes les méthodes de réduction des luxations coxo-fémorales, nous allons très rapidement passer en revue ces procédés, pour chercher ensuite quel parti on peut en tirer, pour la réduction des luxations anciennes.

On a divisé les méthodes de réduction en procédés de force et procédés de douceur.

Les procédés de force sont de tout temps : Hippocrate (voir Hamilton) suspendait le blessé par les pieds et conseillait au chirurgien d'ajouter au besoin son propre poids à celui du malade ; ces tractions violentes dans l'axe du membre, furent employées systématiquement dans tous les cas pendant fort longtemps ; on discutait le point d'application

des lacs extenseurs : au cou-de-pied pour Boyer et Vidal (de Cassis), au-dessus des condyles fémoraux pour la plupart des auteurs. Des tractions vraiment formidables étaient utilisées; d'abord c'était une douzaine d'hommes qu'on attelait à un membre luxé (A. Cooper, J.-L. Petit); puis les moufles, les tourniquets, les appareils de toutes sortes furent appliqués à ces tractions, et l'usage du dynamomètre permit de mesurer à peu près la force énorme qu'on employait. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer aux traités d'Hamilton et de Malgaigne, aux articles de Rohmer et de Poinso, pour l'exposé détaillé de ces méthodes.

Des accidents survinrent, dont nous aurons à reparler, et ne contribuèrent pas peu à ramener les chirurgiens à des manœuvres moins violentes, employées d'ailleurs aussi de toute antiquité. Hippocrate, puis Paul d'Egine, Abulcasis, avaient remarqué, en effet, que, quelquefois, on réduisait le déboîtement de la hanche en imprimant au membre des mouvements dans divers sens. Dès 1763, Dupou en France, fait une méthode de l'extension peu violente. Pouteau (de Lyon), quelques années plus tard, donne des règles assez nettes, conseillant la flexion, puis l'abduction et la rotation en dehors. En 1835, Desprès père précisa encore le manuel opératoire, qui fut enfin établi à peu près définitivement par Bigelow; celui-ci se basait, en effet, non seulement sur les résultats empiriques des manœuvres de réduction, mais surtout sur l'étude approfondie du mécanisme des diverses luxations

Voici, en quelques mots, comment est pratiquée cette réduction des luxations récentes ou peu anciennes, d'après les idées actuelles. Le malade, profondément anesthésié, a le bassin solidement maintenu, soit par des lacs, soit plutôt par un aide.

Pour les luxations postérieures, la cuisse est fléchie au moins à angle droit sur le bassin, de façon à amener la tête à la hauteur du cotyle ; puis, sans diminuer cette flexion, on tire légèrement dans l'axe de la cuisse fléchie, en même temps qu'un mouvement de rotation en dehors et d'abduction aident la tête à se placer au-dessous du rebord cotyloïdien, puis à le dépasser, rentrant dans l'acétabulum par en bas, franchissant la déchirure capsulaire ordinairement située en bas et en arrière.

Quelques variantes ont été apportées : traction avec l'avant-bras (Lejars), avec l'épaule (Malgaigne), avec des poulies (Bigelow), toujours sur la cuisse fléchie à angle droit ; coup de genou pour faire rentrer la tête (Malgaigne, Guermonprez), etc. Nous n'insisterons pas.

Pour les luxations antérieures, la flexion est, de même, faite jusqu'à l'angle droit, pour amener la tête fémorale en face de la déchirure ligamenteuse, puis on pratique l'élévation de la cuisse et, en même temps, l'adduction et la rotation interne, pour faire franchir le rebord. Si la luxation est intra-pelvienne, des tractions doivent d'abord dégager la tête.

Voilà pour les luxations récentes ; ces procédés sont applicables pour les luxations anciennes, mais avec des modifications ; il faut, en effet, avant de tenter

la réintégration de la tête, tâcher de lutter contre les obstacles, qui s'opposent à cette réintégration. Or, comme l'a nettement établi Ch. Nélaton, ces obstacles sont de deux ordres : altérations osseuses (déformations de la tête et de la cavité cotyloïde) contre lesquelles pourra seule agir la méthode sanglante ; obstacles venant des parties molles ; c'est le rétrécissement, par cicatrisation, de la boutonnière capsulaire ; ce sont les adhérences, que contracte la tête fémorale avec les parties voisines ; c'est la présence de la partie restante de la capsule (partie supéro-interne, avec le ligament de Bertin) qui, tendue comme un voile au devant de la cavité cotyloïde, finit par se fusionner intimément avec ses bords, et même avec son fond, grâce à la présence, à ce niveau, des restes du ligament rond déchiré ; enfin, c'est le raccourcissement des muscles fessiers, pelvi-trochantériens, et même parfois des adducteurs. De ces obstacles, les uns sont assez faciles à lever ; les adhérences de la tête sont peu solides et un mouvement de circumduction énergique, ou parfois des tractions assez fortes, en viendront à bout ; il en est de même du raccourcissement musculaire ; déjà amélioré par l'extension continue, pratiquée une quinzaine de jours, il peut, au cours des manœuvres de réduction, être annihilé, soit par des mouvements de circumduction, soit par des tractions avec les moufles ou encore avec la vis de Lorenz, comme dans les luxations congénitales.

Par contre, les obstacles venant de la capsule elle-même sont beaucoup plus difficiles à vaincre ; la

circumduction pourra quelquefois agrandir suffisamment la boutonnière capsulaire, pour permettre à la tête d'y repasser ; mais, si les adhérences du ligament de Bertin au rebord cotyloïdien sont très solides, il est bien difficile d'arriver à les désinsérer avec la tête fémorale et de permettre à celle-ci, après les avoir supprimées, de rentrer dans l'acétabulum.

D'une façon générale, on peut dire que les tentatives de réduction pour luxation ancienne devront comprendre deux temps : 1^o la rupture des adhérences et l'allongement, la déchirure des muscles rétractés ; 2^o le remplacement lui-même, pour lequel les mêmes règles générales sont applicables que dans les luxations récentes.

Jusqu'à quelle époque la réduction non sanglante est-elle possible ? On ne peut répondre nettement à cette question. A. Cooper, dans la phrase citée partout, admet huit semaines comme terme le plus éloigné pour la réduction des luxations de la hanche, sauf chez « les individus à fibres extrêmement lâches » et chez les vieillards ; plus tard, dit-il, on peut craindre des accidents graves. Desault, au début de sa pratique, n'attaquait pas ces luxations après quinze à vingt jours ; plus tard, après trente ou trente-cinq jours. Et de fait, presque toutes les observations de résection et de réduction sanglante sont des insuccès de tentative de réduction simple. Par contre, ajoutant au tableau de Hamilton les cas, assez rares que nous avons pu trouver, nous avons dressé le tableau suivant de réductions de luxations anciennes.

TABEAU

	CHIRURGIENS	AGE du blessé	DATE de la luxation	VARIÉTÉ de la luxation	MÉTHODE DE RÉDUCTION	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
1	Notta.....	.....	42 jours.....	Ovaleire.....	Moules, procédé de Desprès, moules; transformée 2 fois en iliaque....	<i>Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris</i> , 1874, p. 365.
2	Cripps Lawrence.	4 ans ¹ / ₂	47 jours.....	Ovaleire.....	.....	<i>The Lancet</i> , 1877, t. II, p. 461.
3	Six.....	27 ans	50 jours.....	Ischiatique à droite, iliaque à gauche..	Anesthésie. Circumduction, flexion et tractions, <i>Mort</i>	Six. — In Diss. Würzburg, 1890-91.
4	Molière.....	.....	50 jours.....	Iliaque (droite).....	Anesthésie, procédé de Pouteau....	<i>Lyon Medical</i> , 1874, n° 14.
5	Dolbeut.....	J. garçon	55 jours.....	Ischiatique.....	Flexion, rotation en dehors, avec anesthésie.....	Catoir. — Th. de Paris, 1888-89.
6	S. Nott.....	33 ans	56 jours.....	Iliaque.....	Extension.....	Sir Astley Cooper. — <i>Disloc. and Frac.</i> , etc., Lon- dres, 2 ^e édit., p. 50.
7	Desprès.....	48 ans	66 jours.....	Ovaleire.....	Extension avec anesthésie.....	<i>Bull. de la Soc. de Chir. de Paris</i> , 1879, p. 142.
8	Guermonprez...	52 ans	66 jours.....	Iliaque (droite).....	Anesthésie. Circumduction, flexion...	Catoir. — <i>Loc. cit.</i>
9	A. Crosby.....	.....	68 jours.....	.....	Extension avec anesthésie.....	<i>Trans. Am. med. Assoc.</i> , 1850, t. III, p. 356.
10	Pollock.....	72 ans	72 jours.....	Dans l'échancr. sciat.	Extension avec anesthésie.....	<i>The Lancet</i> , 1880, t. 2, p. 130.
11	Breschet.....	.....	72 jours.....	.....	.....	Brown. — <i>Boston med., and surg. Journ.</i> , sept. 1870.
12	Dupuytren.....	23 ans	78 jours.....	Iliaque.....	Extension.....	Dupuytren. — <i>Leçons de clinique Chirurgicale</i> , t. I.

TABLEAU (suite)

	CHIRURGIENS	AGE du blessé	DATE de la luxation	VARIÉTÉ de la luxation	MÉTHODE DE RÉDUCTION	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
13	Ollier.....	15 ans	89 jours.....	Iliaque.....	Tractions dans l'axe, puis s. le membre fléchi, abduct. et rotat. en deh.	<i>Traité des Résections</i> , t. III, 1891, p. 96.
14	Kimball.....	.....	3 mois.....	.....	.....	<i>Northwestern med. and surg. Journ.</i> , juin 1870.
15	Doutrelepont....	7 ans	3 mois.....	Iliaque.....	Extension.....	<i>Berlin. klin. Wochenschrift</i> , 1876, p. 455.
16	Bayer.....	.....	3 mois.....	Ovaleire.....	Transformée en iliaque, puis réduite par flexion.....	<i>Prager med. Wochenschrift</i> , 1880, n° 30.
17	Pietrkowski....	14 ans	3 mois.....	Ovaleire.....	.....	<i>Prager med. Wochenschrift</i> , t. VII, p. 54.
18	Blanc.....	.....	3 mois.....	.....	.....	<i>Journal des connaiss. méd.-chir.</i> , 1870, n° 2.
19	Dupuytren.....	25 ans	99 jours.....	Iliaque.....	Extension.....	Dupuytren, <i>loc. cit.</i>
20	W. L. Atlee.....	.....	4 mois.....	.....	Extension avec anesthésie.....	<i>Trans. Amer. med. Ass.</i> , 1850, t. III, p. 357.
21	Jones... ..	32 ans	4 mois.....	Iliaque (gauche)....	Anesthésie, procédés de douceur...	<i>The Lancet</i> , 1882, t. I., p. 1027.
22	Goullioud.....	39 ans	4 mois 1/2.....	Iliaque (droite)....	Anesthésie. Circumduction, puis flexion, abduction, extension.... Relaxation, nouvelle réduction.....	<i>Res. in Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon</i> , 28 juin 1900 (<i>In extenso</i> plus loin).
23	Williams.....	8 ans	5 mois.....	Probablement dans l'éclateur, sciatiq.	Anesthésie.....	<i>The Lancet</i> , 1862, t. I, p. 665.
24	Bigelow.....	7 ans	5 mois.....	Iliaque.....	Manœuvres de douceur.....	<i>The Lancet</i> , 1878, t. I, p. 86.

TABEAU (suite et fin)

	CHIRURGIENS	AGE du blessé	DATE de la luxation	VARIÉTÉ de la luxation	MÉTHODE DE RÉDUCTION	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
25	Mac Gee.....	.....	5 mois 1/2.....	.....	Manœuvres de douceur.....	<i>Amer. Journ. of med. Sc.</i> , jan. 1871.
26	Gœckel.....	.....	6 mois.....	.....	.....	<i>Gallicinium, med. pract.</i> , Ulm, 1700, p. 288.
27	Dupieris.....	16 ans	6 mois.....	Iliaque.....	Manœuvres de douceur.....	Hamilton. — <i>Traité des fract. et des lux.</i> , (Tr. Poinsoy) 1884, p. 1089.
28	Blackmann.....	.....	6 mois.....	.....	.....	<i>Western Lancet</i> , 1856, p. 253.
29	Petitavy.....	34 ans	6 mois.....	Ovaleire.....	Manœuvres de douceur.....	<i>Wiener Med. Wochenschrift</i> , 1873, n° 47.
30	Bigelow.....	27 ans	8 mois.....	Iliaque.....	Manœuvres de douceur.....	Bigelow. — <i>On Dislocat. and Fract. of Hip.</i> , Philadelphia, 1869, p. 55.
31	Carron du Villars	.....	8 mois.....	Ovaleire.....	Extension.....	Malgaigne. — <i>Traité des fract. et des lux.</i> , t. II, p. 868.
32	Smith.....	27 ans	9 mois.....	Iliaque.....	Manœuvres de douceur avec anesthesie.....	<i>New-Orleans Med. Journ.</i> , 1869, p. 71.
33	Guill. de Salicet.	.....	1 an.....	.....	.....	Malgaigne. — <i>Traité des fract. et des lux.</i> , t. II, p. 185.
34	Guermontprez....	19 ans	4 ans.....	Ovaleire (traumatique?).....	Anesthésie, rupture de l'ankylose, (réduction?).....	Mouzey. — <i>Th. de Paris</i> , 1896-97, p. 18.
35	Walker Dunbar..	31 ans	5 ans.....	(Il n'est pas dit si la luxation est traum.)	Anesthésie, manœuvres de douceur.	<i>The Lancet</i> , 1901, t. II, p. 547.

Ce tableau permet de constater que les réductions, fréquentes au-dessous de trois mois, sont de plus en plus rares, à mesure que s'allonge le temps écoulé depuis le traumatisme. Parmi ces observations, nous ne publierons *in extenso* que celle de M. Goullioud, où celui-ci a bien voulu expliquer le manuel opératoire à suivre dans ces cas difficiles.

OBSERVATION II

GOULLIOUD. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, 28 juin 1900.

LUXATION ILIAQUE TRAUMATIQUE DU FÉMUR DROIT. — RÉDUCTION QUATRE MOIS APRÈS L'ACCIDENT. — RÉCIDIVE. — NOUVELLE RÉDUCTION. — GUÉRISON.

M... Marie, 39 ans, de Faraman (Isère), entre, le 22 février 1900, à l'hôpital St-Joseph, dans le service de M. Goullioud. Elle vient à l'hôpital pour un accident qui s'est produit il y a quatre mois : étant sur une voiture qui versa, elle fut projetée à terre et reçut le siège du véhicule sur la face postérieure de la cuisse droite. Elle ne put se relever et fut emportée chez elle. Un médecin, consulté, crut d'abord à une contusion simple ; plus tard, au mois de décembre 1899, il reconnut la luxation et tenta de réduire, mais sans anesthésie. La douleur, très intense d'abord, s'est atténuée et la malade vient pour sa déformation persistante.

Etat actuel. — Membre inférieur droit en flexion, rotation interne, adduction. Raccourcissement quatre centimètres. Grand trochanter en arrière de la ligne Roser-Nélaton. Tête fémorale mobile dans la fosse iliaque externe. Le

triangle de Scarpa est vide. Légère atrophie du membre. Mouvements provoqués de flexion et d'extension faciles, d'adduction, plutôt exagérés, d'abduction, très limités. La marche est très difficile; la malade craint beaucoup d'appuyer son pied par terre et marche en sautant sur le membre sain.

2 mars 1900. — Réduction par M. Goullioud, en présence de MM. Nové-Josserand, Rafin, Laguaite, etc. La malade étant endormie à l'éther, on commence à mobiliser la tête. M. Goullioud, puis M. Rafin, essaient la manœuvre dite de l'épaule (telle qu'elle a été décrite par Malgaigne), c'est-à-dire que le bassin de la malade reposant sur le bord de la table, la jambe gauche (saine) soutenue par un aide, on charge le genou sur son épaule droite et on essaie de faire l'élévation du fémur maintenu à angle droit sur le bassin. Pas de résultats.

Même manœuvre sur le matelas. Craquements.

M. Nové-Josserand fait beaucoup d'abduction de la cuisse pour rompre la résistance des adducteurs (méthode de Lorenz pour la luxation congénitale). M. Goullioud fait aussi cette manœuvre avec énergie et sent de petits craquements musculaires : les adducteurs font une saillie moins marquée sous la peau.

M. Nové-Josserand reprend les manœuvres de circumduction : flexion, abduction à angle droit, puis extension en maintenant l'abduction et la rotation en dehors ; mais, au moment où l'on étend la cuisse, la rotation interne a de la tendance à se reproduire ; la tête qui a été amenée en dehors puis au-dessous du rebord cotyloïdien, tend à remonter par le même chemin.

A ce moment, M. Goullioud refait la même manœuvre, mais en empêchant, à la fin, la rotation en dedans de se reproduire ; donc flexion, abduction, puis extension en forçant la rotation en dehors, c'est-à-dire en empêchant la rotation interne. Cette manœuvre fait que la tête, amenée

en bas du cotyle, est remontée par dessus son rebord et rentrée *sans secousse* dans la cavité. Ce qui fait reconnaître la réduction, c'est que le membre a pu être étendu, la cuisse restant en rotation en dehors ; le raccourcissement a disparu, remplacé par un léger allongement apparent. On ne sent plus la tête dans la fosse iliaque ; le triangle de Scarpa est rempli ; le rapport du trochanter à l'épine iliaque paraît normal : la réduction est donc faite.

L'intervention a duré demi-heure environ ; on n'a employé des moyens un peu violents que pour rompre les adhérences et vaincre la résistance des adducteurs ; c'est par de véritables *manœuvres de douceur* que la luxation a été réduite.

Evitant tout autre mouvement, on met la malade dans une gouttière de Bonnet, en maintenant son membre en rotation externe par une bande.

Les jours suivants un peu d'œdème et quelques fourmillements dans le membre inférieur droit.

Après quinze jours, on permet des mouvements à la malade, qui les exécute facilement ; à la fin du mois de mars, elle commence à se lever avec des béquilles.

Le 30 mars, la malade se plaint que sa jambe n'est plus comme après la réduction. De fait, en l'examinant, on constate que la luxation iliaque s'est reproduite : il y a les mêmes signes qu'auparavant, sauf la douleur. La malade ne peut dire à quel moment son membre s'est relâché.

Le 31 mars 1900, deuxième réduction, par M. Goullioud. La malade étant endormie à l'éther, on ramène facilement la tête fémorale dans la cavité en faisant de l'abduction forcée, de la flexion, et de la rotation en dehors (quelques craquements pendant l'abduction exagérée). De même, l'adduction et la rotation en dedans reproduisent facilement la luxation ; on sent un soubresaut léger. L'abduction, flexion et rotation en dehors réduisent facilement cette nouvelle luxation, avec un faible ressaut, sans claquement.

En somme on peut reproduire et réduire à volonté la luxation ce qui fait penser, que la cavité est en partie effacée.

Pour éviter que la luxation ne se reproduise spontanément, on immobilise la cuisse dans un grand plâtre abdomino-crural, en abduction très légère, et surtout rotation en dehors, et on remet la malade dans une gouttière Bonnet.

Le plâtre est laissé en place un peu plus d'un mois, et enlevé le 4 mai : la malade a un peu d'œdème tibial et malléolaire. Depuis le 6 mai, on commence le massage et la mobilisation. Douches de vapeur. Elle se lève vers la fin du mois. Le 11 juin, elle marche avec l'aide d'une chaise. Elle sort le 30 juin 1900. A ce moment, elle avait encore de la raideur de la hanche droite, dans tous les sens ; le membre était en rotation en dehors, mais la réduction s'est maintenue.

12 avril 1901. — La malade va très bien, la réduction est parfaite ; les mouvements de la hanche sont assez libres, mais il y a quelques craquements dans la hanche et le genou droit. La malade boite un peu quand elle est fatiguée. M. Goullioud conseille les eaux d'Aix.

25 avril 1902. — La malade écrit qu'elle va bien, marche toute la journée, monte et descend les escaliers sans peine. Les mouvements de la hanche sont très libres. Pourtant, le soir, après une journée pénible, un peu d'œdème malléolaire et de raideur de la hanche droite. Celle-ci est un peu douloureuse par les temps humides ; les craquements persistent, mais ont été améliorés par la saison à Aix. En somme, la malade est très satisfaite de son état, lui permettant de vaquer à toutes ses occupations.

Le 20 juin 1902, M. Goullioud revoit la malade dont l'état va toujours en s'améliorant. Elle boite d'une façon à peine appréciable.

Relevons, dans cette observation, le mode de réduction, ayant bien passé par les deux temps que nous avons indiqués, et le fait, que la réduction s'est

opérée *sans secousse*, fait noté d'ailleurs dans plusieurs autres observations semblables (Guermonprez, Desprès). Il est probable que, dans ces cas, la cavité cotyloïde, déformée, plus ou moins encombrée de tissus fibreux, a perdu de sa profondeur, d'où encore la possibilité de la reluxation spontanée, et la nécessité d'une assez longue immobilisation pour maintenir la réduction.

Mais, ces manœuvres de réduction ne vont pas sans entraîner une certaine violence, d'autant plus considérable que la luxation est plus ancienne, et quand on parle de réduction de luxation de la hanche datant de plusieurs mois, par les procédés de douceur, ce n'est là qu'un heureux euphémisme, signifiant qu'on n'a pas utilisé des tractions de plusieurs centaines de kilos. Aussi, ne doit-on pas s'étonner si ces réductions peuvent amener des *accidents*.

Le plus grave est la mort par schok; encore qu'il soit rare, il a été observé : M. le professeur Poncet, dans un cas de luxation datant de quatre mois, d'autres, dans des cas moins anciens ont ainsi perdu leurs malades. Nous résumons brièvement ces observations.

OBSERVATION III

A. PONCET. — *Revue d'Orthopédie*, 1890, p. 378.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — TENTATIVES DE RÉDUCTION. —
MORT.

Homme 36 ans, camionneur, entre le 27 avril 1890.

Le 5 janvier il était tombé du haut de sa voiture et l'une

des roues avait passé sur la partie supérieure de la cuisse gauche. Transporté chez lui, il subit les manœuvres d'un rebouteur. Pas de traitement (frictions).

6 mai. — Signes caractéristiques de luxation iliaque. A 11 heures du matin, anesthésie à l'éther; tentatives de réduction par la méthode de douceur : mouvements de circumduction, puis flexion et abduction; la luxation est transformée en ischiatique, non réduite. Les tentatives durent vingt minutes environ, sont faites sans grand déploiement de force.

Ramené à son lit, il se réveille, puis meurt, à 3 heures, probablement par schok.

Autopsie. — Large suffusion sanguine autour de la hanche; pas de gros vaisseaux déchirés. Tête normale, non déformée, couverte de cartilage. Un lien fibreux, gros comme le petit doigt, s'enroule autour du col et unit seul l'extrémité supérieure du fémur au cotyle. La cavité articulaire est comme tamponnée par une masse fibreuse, dure, lardacée, se laissant couper difficilement, et rappelant par sa consistance le tissu fibreux d'un polype naso-pharyngien. Ce tissu pathologique formait un bouchon volumineux, comparable à un gros clou, dont la tête emplissait la cavité cotyloïde et dont la pointe se continuait avec le périoste du fémur. On détache avec peine cette masse du fond de la cavité cotyloïde, dont le cartilage a disparu; elle pèse 70 grammes. L'examen histologique démontre que cette masse est uniquement formée de tissu fibreux. Le cotyle, dépouillé de ces parties molles, n'est pas déformé; il reçoit normalement la tête du fémur.

Aucune lésion *viscérale* ne permet d'expliquer la mort.

OBSERVATION IV

ALLIS (d'ap. DREHMANN).

LUXATION ANCIENNE. — TENTATIVE DE RÉDUCTION. — MORT.

Luxation datant de treize semaines ; dans des tentatives de rupture d'adhérences, se produit un fort hématome du triangle de Scarpa ; mort après quelques heures. A l'autopsie, outre que la cavité cotyloïde était complètement remplie, on trouva une déchirure à l'embouchure de la veine saphène interne dans la fémorale, et un hématome colossal s'étendant sous le péritoine jusqu'aux reins.

OBSERVATION V

Six. — *In. Diss.* Wurzburg, 1890-91.

LUXATION ANCIENNE DES DEUX HANCHES. — RÉDUCTION. — MORT.

Homme de 27 ans, employé de chemin de fer. Comme il accrochait entre eux deux wagons, il vint à tomber sur le ventre, parallèlement aux rails. Une machine survint, le cendrier l'accrocha et il fut traîné quelques pas. Un obstacle arrêta alors l'épaule droite et le patient fut roulé sur lui-même par la machine, si bien qu'il resta étendu sur le dos.

Luxation des deux hanches. Quatre tentatives infructueuses de réduction. Après sept semaines, il fut apporté à Julius-Hôpital, à Wurzburg. On diagnostiqua : *luxation ischiatique à droite, luxation iliaque à gauche*. Sous anesthésie, on réussit la réduction à droite par des mouvements de circumduction, flexion à angle aigu, traction dans l'axe du

fémur, abduction et rotation externe, extension de la cuisse. A gauche on réussit aussi, en employant une force plus grande. La luxation ischiatique se reproduisit à droite pendant qu'on emportait le patient. Collapsus aussitôt après l'opération et mort trois heures plus tard.

A l'autopsie, hémorragies diffuses tout autour de la tête fémorale, sous les muscles fessiers, des deux côtés. L'artère et la veine fémorales étaient intactes. La mort fut attribuée au schok.

Dans d'autres cas des accidents infectieux mortels ont pu se développer ; l'observation de Broca-Tillaux, que nous résumons ici, est loin d'être la seule de ce genre.

Malgaigne, notamment, a réuni 8 observations, où des tentatives de réductions, par les méthodes de force, avaient amené des suppurations terminées par la mort,

OBSERVATION VI

BROCA-TILLAUX. — *Soc. de Chir. de Paris*, 17 juin 1868.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — TENTATIVE DE RÉDUCTION. —
MORT.

J..., Nicolas, 29 ans, cocher, se luxe la hanche en novembre 1867.

Le 13 mai 1868, Broca (à la Pitié) fait une tentative de réduction par traction (jusqu'à 240 kilog.). Aucun accident immédiat ; il sort le 21 mai.

Le 5 juin, il rentre à St-Antoine ; péritonite aiguë, mort.

Autopsie. — Luxation iliaque non réduite. La tête fémorale, sous le grand fessier, baigne dans le pus; il y a un énorme abcès qui, par l'échancrure sciatique, a gagné le bassin et le péritoine. Péritonite purulente.

Nous n'insisterons pas sur ces faits, que nous signalons seulement afin de démontrer que les tentatives de réduction sur les luxations anciennes traumatiques ne sont point innocentes; on peut produire, chez les adultes, et principalement chez des ouvriers vigoureux, des délabrements sous-cutanés considérables, d'autant plus dangereux qu'on ne peut pas juger facilement de leur étendue.

Un autre accident, bien moins grave, est la fracture du fémur, fracture du col ou fracture du corps: produite par certains chirurgiens tout à fait involontairement, elle a pu être érigée par d'autres en véritable méthode, sous le nom d'*ostéoclasie*. C'est presque un accident heureux, si j'ose ainsi dire; en effet, pour que le fémur se fracture au cours de tentatives de réduction, il faut que la tête fémorale soit très solidement fixée et, dans ce cas, c'est la déformation gênante du membre qui amène le chirurgien à intervenir; aussi une ostéoclasie qui substitue à une ankylose vicieuse une ankylose en bonne position, peut-elle donner un résultat favorable; en voici des cas.

OBSERVATION VII

RAILLARD, th. de Paris, 1866.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — FRACTURE DU COL EN RÉDUISANT.

Luxation postérieure ancienne chez un homme de 32 ans. Dans une nouvelle tentative de réduction, faite treize mois après le traumatisme, le col se brise pendant un mouvement de rotation. Bandage plâtré. Le malade porta, pendant trois ans, un appareil de Mathieu pour coxalgie, et, grâce à cet appareil, il marchait bien et avec sûreté.

OBSERVATION VIII

VOLKMANN, in Küstner, *In Diss.* Halle, 1873.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — FRACTURE DU FÉMUR EN RÉDUISANT.

Un enfant de 13 ans ayant été enseveli dans une sablière, eut une luxation de la hanche. Aucune tentative de réduction ne fut faite. L'enfant fut amené à la clinique de Halle environ treize semaines après l'accident. Le diagnostic de luxation iliaque fut fait et, aussitôt, des tentatives de réduction furent tentées, suivant diverses méthodes, avec une assez grande force, mais sans résultat. La tête fémorale, très mobile, était amenée très facilement dans la région du trou obturateur, mais il était impossible de lui faire franchir le bord cotyloïdien et réintégrer l'acetabulum. On tenta alors, avec force, d'améliorer la position du membre, par l'hyperextension et l'abduction; il se produisit alors une fracture

du fémur, un pouce et demi au-dessous du grand trochanter. Le membre fut mis en plâtre en rotation externe, abduction et extension.

Six semaines après, la fracture est consolidée ; le fémur présente, au-dessous du trochanter, un angle qui transforme l'adduction d'auparavant en abduction. Tête fémorale dans la fosse iliaque, trochanter au-dessus de la ligne Roser-Nélaton ; fémur dans l'axe du corps ; flexion complètement corrigée. Raccourcissement de 2 cent. 5, mais grâce à l'inclinaison du bassin, les deux pieds reposent bien sur le sol.

Au point de vue fonctionnel, le malade se tient debout sans bâton, mais en a besoin d'un pour marcher. La marche se fait comme si la hanche était ankylosée.

OBSERVATION IX.

ALBERT. — Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 1880.
t. IV, page 350.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — FRACTURE DU COL EN RÉDUISANT.

Dans un cas de luxation postérieure il m'arriva de fracturer le col au cours d'énergiques manœuvres de réduction... Je craignais la nécrose de la tête ; elle ne survint pas parce que, dans ce cas, des mois s'étaient passés depuis la luxation, et la tête avait certainement contracté des adhérences. La consolidation ne se fit pas. Cependant la malade y gagna : elle ne pouvait auparavant marcher qu'avec des béquilles, elle marche maintenant avec un bâton.

OBSERVATION X

VERNEUIL. — 2^e Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 318.

LUXATION SUS-PUBIENNE ANCIENNE. — FRACTURE DU COL.

... Dans un cas de vieille luxation sus-pubienne, je cassai le col du fémur ; le membre reprit une attitude correcte, laissant la tête dans le pli inguinal, comme un gros bubon.

OBSERVATION XI

BOUILLY. — 2^e Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 318.

LUXATION POSTÉRIEURE ANCIENNE. — FRACTURE DU FÉMUR EN RÉDUISANT.

Dans un cas, je fis, sans le vouloir, une ostéoclasie du fémur au tiers moyen, pour une luxation de la hanche, datant de trois mois. Le membre était fléchi à angle droit, et, par conséquent, absolument impotent. Je me proposais d'essayer doucement les tractions, puis d'en venir à l'ostéotomie. L'événement en décida autrement. J'en profitai pour placer le membre en bonne position et les résultats ultérieurs furent excellents.

OBSERVATION XII

BRUNS, in KIRN, *Beiträge zur klin Chir.*, 1889, vol. IV, p. 543.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE, FRACTURE DU FÉMUR EN RÉDUISANT.

Gottlob Traber, 48 ans. Le 15 mars 1871, travaillant dans un tunnel, se tenait sur un échafaudage, et voulut en

sauter, car il menaçait ruine. Il fut, pendant le saut, pris sous une poutre qui tombait et jeté sur le sol. Pas de tentatives de réduction.

Reçu, après sept mois, à la Clinique de Bruns. Membre inférieur droit en flexion, adduction et rotation interne. Le patient ne peut marcher qu'avec deux béquilles, et ne peut pas s'appuyer sur la jambe droite. Tentatives de réduction sous chloroforme, le 17 octobre. Fracture du fémur, un pouce au-dessous de la pointe du trochanter. On donne au membre une position meilleure, de telle sorte que, deux mois après, la fracture étant guérie, le patient pouvait marcher ordinairement sur son membre malade.

Par contre, cette méthode est peu sûre, et l'on ne sait pas à quel point portera la fracture ; aussi n'est-il pas étonnant qu'on lui ait préféré l'ostéotomie ou la résection, procédés plus chirurgicaux et que nous étudierons dans les chapitres suivants.

D'ailleurs, la fracture du col n'est pas sans présenter des dangers, car la tête luxée, séparée du ligament rond qui contribue à sa nutrition, peut se nécroser. Albert exprime cette crainte et voici, entre autres, deux observations de cette sérieuse complications ; dans l'observation XIII, terminée par la mort, Bryck admet que la fracture survint au cours des manœuvres de réduction faites par un empirique.

OBSERVATION XIII

BRYCK. — *Langenbeck's Arch.*, 1873, t. XV, p. 279,

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — NÉCROSE DE LA TÊTE. — MORT

Un garçon de 17 ans avait fait, en septembre 1870, une chute de cheval. Après quelques semaines, un empirique fit

des tentatives de réduction sans succès. Il se produisit un abcès dans la région de la hanche et de la fesse ; ouverture spontanée. Entrée à la Clinique le 25 mai : membre inférieur gauche en position de coxalgie, immobile sur le bassin. Diagnostic : coxite suppurée, luxation postérieure du fémur, perforation de l'acetabulum et abcès intra-pelvien. Le 6 juin, opération. Incision courbe derrière le trochanter ; mise à nu de l'articulation ; on constate que la tête fémorale était séparée du col et se trouvait dans une masse purulente sur la fosse iliaque externe, tandis que le col était en très grande partie carié. La tête fut enlevée avec un davier, la partie cariée du col fut abrasée. Erysipèle de la plaie, pleurésie exsudative droite. Mort le 21^e jour.

Autopsie. — Le fémur, luxé en haut et en dehors, était, aux environs du grand trochanter, uni aux bords de l'acetabulum par des trousseaux fibreux durs, solides, en partie ossifiés. La cavité cotyloïde était privée de tout cartilage, rude et nécrosée, le bourrelet cartilagineux était détruit ; à sa place on trouvait des ostéophytes, en partie verruqueux, en partie pointus.

OBSERVATION XIV

WIPPERMANN. — *Langenbeck's Archiv.*, 1885, p. 440.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — FRACTURE DU COL EN RÉDUISANT.
— NÉCROSE DE LA TÊTE. — EXTRACTION.

Une femme de 34 ans reçut, le 25 février 1883, une branche d'arbre sur la hanche gauche. Impotence complète du membre inférieur gauche. Entrée à la clinique d'Heidelberg (Prof. Czerny), le 26 mai : luxation iliaque gauche.

Le 29 mai, tentative de réduction sous chloroformé. Le col du fémur cassa lors d'un mouvement de rotation en dehors

et de flexion ; le membre est mis en bonne position ; plâtre et extension continue. Peu à peu se forma un abcès dans la région fessière. On l'incisa le 3 juillet ; il sortit un litre de pus et, en même temps, la tête nécrosée du fémur. Longue suppuration ; la malade sort, le 27 octobre 1883, marchant avec une canne et une béquille, ayant un raccourcissement de 4 cm. 1/2.

Le 14 novembre 1884, même raccourcissement ; flexion, extension et rotation passives, d'amplitude normale ; abduction faible. Les mouvements actifs sont presque nuls. Elle ne peut pas se passer d'une ou de deux béquilles pour marcher. Le membre est atrophié ; il n'y a pas de fistule.

On lui fait faire un soulier à semelle haute ; elle écrit le 28 décembre 1884, qu'elle ne peut pas marcher avec ce soulier.

Dans le travail de Wippermann se trouvent d'autres observations de nécrose de la tête, mais dans des cas où la luxation avait été compliquée de fracture ; nous n'insisterons pas.

Enfin, et plus souvent, la réduction non sanglante ne réussit pas : on ne peut réduire. Il est cependant des cas où même une réduction imparfaite peut donner une amélioration des fonctions. M. Durand a rapporté, à la Société de Chirurgie de Lyon, à propos du cas de M. Goullioud, l'histoire de deux malades du service de M. Pollosson, qui, porteurs de luxations obturatrices anciennes, furent soumis à des tentatives de réduction, sous anesthésie ; on ne put que transformer la luxation obturatrice en luxation iliaque. Dans les deux cas, l'amélioration de la position et du fonctionnement du membre fut considérable, mais, bien entendu, il resta de la claudication. Nous avons eu, par M. Bérard, connaissance d'un cas analogue,

du service de M. Jaboulay. Ollier donne dans le « Traité des Résections », l'observation d'un jeune homme auquel une mobilisation de la tête fémorale luxée, suivie de tractions continues, avait rendu un membre utile ; et il s'appuie sur des cas semblables pour repousser les méthodes sanglantes et conseiller une mobilisation de la tête, ou une reposition imparfaite, notamment en situation sus-cotyloïdienne, suivie de bains, de massages, d'extension continue. Ce simple traitement orthopédique finirait, d'après lui, par donner une amélioration fonctionnelle suffisante. Nous avons essayé de démontrer, dans notre premier chapitre, qu'on est pas en droit de compter souvent sur un pareil résultat.

Cette étude de la réduction non sanglante des anciennes luxations traumatiques de la hanche peut-elle nous amener à une idée d'ensemble sur cette méthode, et pouvons-nous en dégager *les indications de l'intervention sanglante* ?

Il nous semble qu'on devra faire des tentatives de réduction toutes les fois que la luxation, constituant une infirmité, n'est pas trop ancienne (5 à 6 mois au maximum) ; que la tête fémorale est au moins légèrement mobile ; que l'état général du malade est satisfaisant. On devra toujours rejeter, dans les manœuvres de réduction, les procédés de force, tels que les tractions par les moufles, comme aveugles et dangereux. Utilisant les notions acquises dans la réduction des luxations congénitales par la méthode de Lorenz, il faut chercher, dans un pre-

mier temps, à vaincre la résistance des muscles, surtout celle des adducteurs, à l'aide de mouvements de circumduction et d'abduction forcée ; on peut, au besoin, employer la vis de Lorenz, maniée avec prudence. Une fois la tête fémorale mobilisée, on fera, dans un deuxième temps, la réduction comme dans les luxations récentes. Dans quelques-uns de ces cas, on pourra réussir.

Lorsqu'au contraire la tête fémorale est solidement fixée par du tissu osseux ou fibreux, nous croyons que les tentatives de mobilisation seront, ou inutiles, ou dangereuses ; il en est de même dans les luxations trop anciennes. La radiographie sera alors d'une incontestable utilité.

Quand la tentative de réduction a échoué, si l'on a pu mettre le membre dans une situation à peu près normale, si la tête semble bien fixée, et qu'il n'y ait pas de douleur, on pourrait se contenter de ce résultat, permettant la marche avec une faible claudication, comparable aux fausses réductions des luxations congénitales.

Au contraire, nous croyons qu'après une ou deux tentatives infructueuses de réduction, on devra passer à l'intervention sanglante :

1^o Quand il y a des douleurs par compression nerveuse.

2^o Dans les luxations iliaques : quand la tête fémorale luxée est mobile dans la fosse iliaque externe, ne donnant pas dans la marche un point d'appui suffisamment solide ; ou, lorsqu'au contraire,

la tête étant fixée, la flexion et l'adduction de la cuisse constituent une infirmité gênante.

3° Dans la plupart des luxations ischiatiques et dans les luxations ovalaires, publiennes et sus-publiennes, soit à cause de la compression nerveuse (névralgie, névrite), soit à cause de la déformation.

4° Dans celles des luxations ilio-publiennes ou ischio-publiennes, qui s'accompagnent d'une déformation sérieuse.

5° Rarement, dans les luxations sus-cotyloïdiennes qui ont été maintes fois un assez favorable résultat d'une reposition imparfaite.

CHAPITRE III

Ostéotomie.

Procédé plus chirurgical que l'ostéoclasie, permettant de faire porter la section osseuse en un point bien déterminé, l'ostéotomie ne peut être cependant considérée que comme une méthode palliative, applicable à un nombre restreint de cas : ceux où la tête fémorale est solidement fixée dans sa situation anormale et où, d'autre part, la position vicieuse du membre est pour le malade une gêne intolérable. Moins grave que la résection du fémur, qui est particulièrement difficile dans ces cas, en raison précisément des adhérences solides de la tête luxée, elle a permis, quelquefois de rétablir une assez bonne fonction. Elle a, d'ailleurs, été pratiquée rarement, trois fois seulement à notre connaissance, contre la lésion qui nous occupe.

OBSERVATION XV

MAC-EWEN. — L'Ostéotomie. — (*cité par Kirn*).

LUXATION ISCHIATIQUE TRÈS ANCIENNE. — OSTÉOTOMIE DU COL

Un homme de 42 ans était porteur, depuis 28 ans, d'une luxation de la hanche, amenant un trouble considérable des fonctions du membre. Dans la situation debout, la plante du pied droit était à 9 pouces au dessus du sol. La cuisse faisait avec la jambe un angle de 40°. On trouvait la tête fémorale derrière l'os iliaque vers l'échancrure sciatique.

Incision de 1 pouce $\frac{1}{2}$ sur le col du fémur. Le doigt trouve l'acetabulum rempli d'une masse dure. La tête était unie au bassin par des ostéophytes. L'ostéotome fut introduit, le col du fémur sectionné et le membre mis en rectitude. Après trois semaines, la cicatrisation était complète. Le malade marcha bientôt avec des béquilles, puis avec un bâton et une semelle haute d'environ un pouce.

OBSERVATION XVI

W. KOCH. — *Berl. klin. Wochenschrift*, 7 août 1882.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE.

Homme de 41 ans, ayant une luxation iliaque non réduite. Vingt mois plus tard Koch lui faisait une ostéotomie sous-trochantérienne avec excision d'un coin osseux à base postéro-externe.

Après 14 jours la plaie opératoire était cicatrisée. Koch

endort le malade pour briser, par un mouvement de torsion, la diaphyse au niveau du trochanter. Le membre amené en extension, abduction et rotation en dehors, est placé dans un plâtre qui immobilise l'autre membre et le bassin.

Amélioration nette : auparavant la cuisse était tournée en dedans, fléchie à 90° et en adduction à 45°; après, elle se trouve en rotation en dehors, en abduction de 40° et en flexion équivalente, et l'opéré peut marcher sur son avant-pied.

OBSERVATION XVII

VILLENEUVE (de Marseille).— *Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 161.

LUXATION SOUS-PUBIENNE IRRÉDUCTIBLE. — OSTÉOTOMIE INTRA-TROCHANTÉRIENNE.

S..., 48 ans, terrassier vigoureux, entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 18 novembre 1890.

Il y a 50 jours, étant accroupi, une pile de sacs de blé s'est écroulée sur lui; il fut renversé et gravement contusionné. Le médecin appelé soupçonna une luxation, mais n'osa la réduire craignant un phlegmon. Au bout de 15 jours, deux tentatives infructueuses sans anesthésie.

A l'entrée : *luxation sous-pubienne de la cuisse gauche*; abduction et rotation externe, tête fémorale facilement sentie au-dessous de la symphyse. Grand trochanter difficile à sentir. Allongement de 6 cent. 1/2. Atrophie.

Mouvements passifs très limités, actifs impossibles.

Marche avec des béquilles; douleurs dès que le patient s'appuie sur le membre gauche.

20 novembre 1890. — Chloroforme; quand la résolution est complète, tentative de réduction, d'abord manœuvres de douceur : flexion et adduction puis circumduction.

Ensuite tractions par des moufles jusqu'à 160 kg. Pas de résultat.

Le 1^{er} décembre 1890, opération (M. Villeneuve). — Anesthésie ; nouvelle tentative de réduction, sans résultat. Aussitôt, incision de 12 centimètres à la partie antérieure de la cuisse à partir de l'E. I. A. I.

Les muscles écartés, on incise des tissus fibreux, et on arrive ainsi à sentir le col et la demi-circonférence inférieure la tête. L'incision est portée à 20 centimètres.

Manœuvres de réduction reprises ; flexion, adduction et rotation en dedans, pendant qu'un crochet, passé autour du col, essaye de guider la tête.

« Il est impossible de sentir la cavité cotyloïde séparée du doigt par des couches épaisses. Il faudrait, pour s'assurer de son intégrité, faire une autre incision plus en dehors. Mais il paraît préférable, pour ne pas prolonger l'opération outre mesure, de pratiquer l'*ostéotomie*. Avec un large ciseau de Mac Even, la lèvre externe de la plaie fortement réclinée par un écarteur, le trochanter est divisé à son 1/3 inférieur à petits coups de maillet. Le membre est alors ramené facilement dans la position rectiligne normale et, le pansement fait, placé dans une gouttière Bonnet. L'opération avait duré près de deux heures ».

Guérison aseptique. Sorti le 1^{er} mars 1891.

Etat le 1^{er} mai 1892 : membre opéré dans la situation directe normale, avec légère flexion sur le bassin. Raccourci de quatre centimètres. Mouvement de flexion limité à 80° environ ; pour s'asseoir, le malade s'appuie sur la fesse droite et allonge le membre malade.

Il peut s'habiller sans aide, sauf pour mettre ses chaussettes ; il met ses demi-bottes et ses pantalons.

Il marche avec une canne et peut faire environ 1 kilomètre sans arrêt, sans boîter ; après 1/4 d'heure de marche, légère claudication qui s'accentue s'il persiste, disparaît s'il se repose. Il ne fauche pas.

Dans les premiers temps après sa sortie de l'hôpital, il présentait des névralgies dans la région antérieure de la cuisse ; ces douleurs ont cessé grâce aux frictions et au massage.

Les deux premières observations répondent bien aux indications que nous avons données : luxation très ancienne, tête très fixée, déformation considérable. Remarquons que Koch a employé l'ostéotomie en deux temps, moins grave ; dans ces deux cas, le résultat a été bon. Dans le cas, plus récent, de Villeneuve, une tentative de réduction sanglante dut être terminée par l'ostéotomie ; le résultat fut bon au point de vue de la situation du membre, mais la persistance des douleurs dans le domaine du crural peut faire craindre que la présence de la tête luxée ne soit une épine irritative, dangereuse au point de vue névralgique. Nous en concluons que cette intervention doit être limitée à un petit nombre de cas, et que l'extraction de la tête fémorale devra lui être préférée, lorsque celle-ci, par sa présence, causera de la compression nerveuse.

CHAPITRE IV

Résection de la hanche.

C'est la résection du fémur qui a été la première intervention sanglante dirigée contre les luxations anciennes ; il était assez naturel, en effet, qu'un chirurgien se trouvant en présence d'une difformité ou de douleurs intolérables, consécutives à une vieille luxation, songeât à y remédier par la suppression de de la sphère fémorale déplacée, cause première de tous ces maux.

Nous ne voulons par refaire ici l'historique de la résection de la hanche, magistralement exposé par Ollier ; nous remarquerons seulement que ce fut par des chirurgiens anglais que cette opération fut proposée (Ch. White, 1770) et pratiquée (Antony White, 1821), pour la première fois, contre la coxalgie, et qu'elle eut, en Angleterre, après les opérations heureuses de Fergusson en 1855, une vogue considé-

nable, sous l'influence de laquelle, sans doute, un chirurgien anglais, Delagarde, osa, le premier, en 1861, attaquer par la résection une ancienne luxation traumatique s'accompagnant de souffrances extrêmes ; son opéré guérit de l'opération et des douleurs. En 1876, Volkmann et Bruns répétèrent cette intervention ; le premier eut un succès, le second une mort. Puis, les observations se font plus fréquentes, l'avènement de l'ère antiseptique donnant aux chirurgiens plus de confiance dans les interventions sanglantes. C'est Quénu qui, en 1886, pratique, le premier, en France cette opération et, jusqu'en 1895, nous en trouvons un assez grand nombre ; depuis, elles se font plus rares, le perfectionnement du manuel opératoire permettant alors de faire plus fréquemment la réduction sanglante vraie.

En effet, Delagarde avait pratiqué la résection du fémur, de parti pris, sans tenter la réduction sanglante ; mais déjà Volkmann et Mac Cormac avaient pensé à la possibilité de cette dernière opération ; ayant vu les lésions, ils y renoncèrent d'emblée ; Nicoladoni, en 1884, essaya de réduire, et c'est devant l'impossibilité de la réduction qu'il dut décapiter le fémur, et, depuis lors, la plupart des opérateurs suivirent la même ligne de conduite.

Enfin, depuis Ricard, en 1889, on a cherché à faire des résections incomplètes et à réintégrer, dans la cavité cotyloïde nettoyée, le moignon capito-cervical, opération qui se rapproche le plus de la réduction sanglante vraie.

Nous donnerons ici les 28 observations que nous avons pu réunir, de résection pour luxation traumatique de la hanche, dont une, celle de Severeano (Obs. XXVII), pour une luxation récente. Elles sont rangées suivant l'ordre chronologique.

OBSERVATION XVIII

DELAGARDE, *St-Bartholomews Hosp. Reports*, 1866, t. II, p. 183.

LUXATION ISCHIATIQUE ANCIENNE. — RÉSECTION A LA BASE DU COL. GUÉRISON

Robert H..., de Tiverton, journalier, 51 ans, a eu, environ cinq mois avant l'opération, le membre inférieur gauche écrasé par l'écroulement d'un mur. Le fémur fut fracturé en deux endroits, et la hanche luxée. Le genou présentait une plaie profonde et la jambe était broyée.

Quatre mois après l'accident, le 1^{er} août 1861, il fut apporté à l'hôpital. Les fractures étaient guéries, mais on n'avait pas essayé de réduire la luxation. L'état de cet homme était déplorable ; le plus faible mouvement de la cuisse faisait appuyer la tête du fémur sur le nerf sciatique, produisant dans tout le membre un engourdissement intolérable. Il était raide comme si une broche l'avait traversé du talon à la hanche. Sa santé faiblissait, aussi me déterminai-je à enlever la tête du fémur. La tête fémorale était si haut placée dans l'échancrure sciatique et le col si profondément enfoui sous les parties molles que je prévoyais des difficultés pour le scier, et me préparai en conséquence.

1^{er} septembre 1861. — Une incision du trochanter au sacrum à travers le grand fessier met à nu la tête et le col du fémur. Ils sont recouverts par une capsule néoformée. Le ligament rond était tendu, mais non rompu. Le tendon du pyramidal

passé sous le col, avec le tendon de l'obturateur. Tournant le membre en dedans, je passai soigneusement un élévateur sous la tête pour la soulever et l'éloigner du nerf sciatique. La branche courbe d'une solide cisaille à os est passée sous le col, près du trochanter ; mais l'os est si dur qu'on ne peut faire la moindre entaille. Je retire la cisaille, et j'essaie un grand trépan. Le pivot pouvait difficilement entamer l'os, mais enfin je pus arriver à faire mordre les dents et à scier une rondelle à grand peine. J'enlevai à la gouge la partie sciée, jusqu'à ce que j'atteigne le fond ; je pris alors un trépan plus petit et travaillai jusqu'au moment où je crus avoir presque traversé l'os. Je passai dans la cavité une scie solide et à lame étroite et sciai du mieux que je pus le reste de l'os ; je fixai une solide paire de davier à os, d'abord dans une rainure, puis dans l'autre, et pus ainsi séparer la tête de l'os. On égalisa les éclats osseux. Le nerf sciatique fut mis à nu sur une longueur d'un pouce et demi ; il était aplati d'une façon curieuse et moulé sur la tête du fémur. L'opération dura trois quarts d'heure.

Le soulagement fut immédiat. La plaie guérit en trois semaines.

Le malade put ensuite s'asseoir sur son lit, la cuisse à angle droit avec le corps. Un exercice modéré sur les barres parallèles lui donna bientôt une grande liberté de mouvements. Il fut renvoyé, le 16 janvier 1862, en bonne santé, et avec un membre utile.

Il est mort, dans l'été 1864, de pneumonie, ayant dormi sous la pluie une nuit de samedi, au lieu de rentrer à la maison comme le ferait un homme sobre.

OBSERVATION XIX

VOLKMANN (in Ranke, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1877, p. 25).

LUXATION PÉRINÉALE ANCIENNE. — ESSAI DE RÉDUCTION SANGLANTE.

— RÉSECTION DE LA TÊTE FÉMORALE. — GUÉRISON.

W. H. . . , journalier, 51 ans. Le 5 février 1876, fut enfoui sous un éboulement; on le déterra, le transporta chez lui, où il resta couché quatre semaines, sans traitement.

Entré à l'hôpital de Halle, le 30 mars 1876. Il ne peut marcher sans béquilles. On constate une luxation périnéale.

2 avril. — Anesthésie. Une tentative de réduction transforme la luxation périnéale en luxation iliaque. Nouveaux efforts qui ramènent la tête en avant et ainsi de suite sept à huit fois.

On laisse la tête dans la fosse iliaque. Extension continue pendant six semaines. Pas de modification (Abduction forcée flexion légère, rotation en dedans de 90°).

15 mai 1876. — Incision longitudinale passant par le trochanter pour mettre la tête fémorale à nu; on ne peut pas encore voir l'obstacle. Section successive des muscles insérés au grand trochanter. Pour dégager la tête on fait partir de l'extrémité supérieure de la première incision une deuxième incision transversale sur le grand fessier, sans intéresser la peau.

La tête et le col du fémur sont ainsi mis à nu. Tout le pourtour de l'articulation est calleux. Enfin on arrive à isoler la tête à un tel point qu'une adduction un peu forte de la cuisse la fait saillir de la plaie; on aperçoit alors une couche fibreuse épaisse de 1 centimètre environ, tendue au travers de la cavité cotyloïde et soudée de toutes parts au sourcil cotyloïdien.

Il fallait abandonner toute tentative de réduction et en venir aussitôt à la résection de la tête, après quoi une légère traction du pied permit de replacer le membre inférieur dans sa position normale. Drain. Suture. Lister. Extension connue au lit avec des poids de 5 kilogs d'abord puis de 7 kilogs 1/2.

Les suites de l'opération furent simples. Les incisions guérirent par première intention.

L'état général resta bon ; cependant la température dépassa deux fois 39° le soir.

20 juin. — Plaie cicatrisée, sauf un point correspondant au drain.

5 juillet. — Cicatrisation complète. Premier essai de marche avec l'appareil de Taylor.

16 juillet. — Le malade pouvait, étant au lit, lever le membre réséqué. On l'autorise à se faire transporter chez lui.

25 août. — Marche avec l'aide d'un bâton.

5 février 1877. — Le malade se présente à la clinique. Les résultats acquis à cette époque peuvent être considérés comme définitifs. La nutrition du membre opéré est à peine inférieure à celle du membre opposé.

Raccourcissement de quatre centimètres environ du côté malade. La pointe du pied est dirigée normalement. Les mouvements passifs de la nouvelle articulation ne sont pas fort étendus. La flexion est possible. L'abduction va jusqu'à 25° ; les mouvements de rotation et d'adduction sont très bornés. Les mouvements actifs sont aussi étendus que les mouvements passifs. D'ailleurs le malade marche facilement et sans bâton. Il a fait récemment une course de 3 kilomètres.

OBSERVATION XX

BRUNS, in KIRN. *Beitraege zur klin. Chir.*, 1889, t. IV, p. 550 et KNEER
ibid., p. 532.

LUXATION ISCHIATIQUE ANCIENNE. — RÉSECTION. — MORT.

Franz G..., 24 ans. Le 5 octobre 1876, dans un incendie, un pignon s'effondra sur lui. Luxation ischiatique gauche; tentatives de réduction immédiates, sans succès. Amené à la clinique de Bruns, le 2 novembre. Tentatives de réduction les 9, 14, 19, 26 novembre, sans résultats.

Le 11 décembre 1876, résection de la tête fémorale; incision sur la tête sentie dans la profondeur, libération, section du col à la scie et extraction. Le doigt sent une cavité néoformée avec une capsule lisse. Désinfection de la plaie, drainage, suture. Après quelques jours, apparition d'un érysipèle sur la blessure; puis, abcès dans la fesse et le haut de la cuisse, escharres de décubitus, mort trois mois après l'accident.

Autopsie. — Œdème du cerveau et de la moelle; cœur et foie gras; gros foyer purulent dans la région de la hanche gauche. Nécrose superficielle de la tubérosité ischiatique et de l'épine iliaque postéro-supérieure. Amaigrissement considérable.

OBSERVATION XXI

MAC CORMAC, *St-Thomas hospital reports*, t. IX (1879), p. 101.

LUXATION OVALAIRE ANCIENNE. — RÉSECTION SOUS-
TROCHANTÉRIENNE. — GUÉRISON

H..., 19 ans, marin. Luxation de la hanche à l'Ile-Maurice, le 1^{er} septembre 1876, en glissant sur le pont mouillé; put

marcher encore deux ou trois heures. Deux jours après, à l'hôpital de Port-Louis (Ile-Maurice), trois tentatives de réduction, une quatrième sous anesthésie ; aucun succès.

Quinze jours après, cinquième tentative sous chloroforme ; pas de résultats.

Quinze jours après, sixième tentative (abcès de la fesse).

En mai 1877, il retourna en Angleterre à London-Hospital. Septième tentative, sans succès.

Ténotomie des extenseurs et extension continue ; aucune amélioration. Lordose extrême.

A ce moment luxation ovale, douleurs très vives, position extrêmement vicieuse (abduction et rotation en dehors avec flexion excessive. Trochanter à un pouce et demi au-dessous de la ligne de Roser-Nélaton, à cinq pouces de l'E. I. A. S.).

23 juin. — Nouvelles tentatives par manœuvres, puis par tractions, par poulies. Douleurs, troubles généraux et locaux. Sort de l'hôpital.

Le malade rentre à l'hôpital au bout d'un mois demandant une opération.

5 juin 1878. — *Arthrotomie*. Incision en Y ; une branche vers l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre vers l'épine iliaque postéro-supérieure, la tige sur le trochanter.

Les parties molles incisées, on arrive à la cavité.

« Je trouvai, au lieu d'une cavité profonde en forme de calice, une cavité peu profonde, en forme de soucoupe, dans laquelle la tête de l'os, en supposant que j'aie pu arriver à l'y amener, ne pouvait absolument pas rester. »

D'ailleurs, tissu fibreux dans l'acetabulum. Division au ciseau juste au-dessus du petit trochanter.

Ablation difficile de la tête, du col et du grand trochanter.

(Tête aplatie, partiellement résorbée, cartilage entièrement disparu).

Grâce à cette résection et à la traction, le membre peut être redressé complètement, lentement.

Double attelle sur les deux membres liés ensemble.

15 juillet. — Plaie en bon état. Lordose disparue, raccourcissement de deux pouces.

22 juillet, sept semaines après l'opération, le malade se lève pour la première fois. Les mouvements passifs furent communiqués à l'articulation de la hanche et du genou qui étaient devenus très raides par l'immobilisation ; les courants interrompus furent employés chaque jour pour stimuler les muscles atrophiés.

1^{er} août. — Il quitte l'hôpital. La plaie est fermée, sauf en un point. Le malade peut se tenir debout, fléchir et étendre la cuisse et marcher avec une canne.

31 novembre. — Il marche seul, sans aide. Le membre est droit, la cuisse peut être fléchie de 30° au moins. Le raccourcissement est corrigé par des brodequins à semelles épaisses. Les muscles ont beaucoup gagné de grosseur et de force.

Le 9 janvier 1879, le malade marche bien ; le raccourcissement, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure est réduit à trois pouces. L'extrémité du fémur divisé est sur le niveau de l'épine. Le patient, dans le décubitus dorsal, ne présente plus trace de lordose. L'articulation de la hanche peut être fléchie à 45°.

OBSERVATION XXII

SYDNEY JONES. — *The Lancet*, 1884, t. 2, p. 870.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION DE LA TÊTE.

A. C..., âgé de 11 ans, eut, en mai 1879, un accident qui lui causa une luxation du fémur droit en arrière, sur le dos de l'ilium ; on reconnut cette luxation, et on dit qu'elle fut réduite : application d'un appareil. Quand on enleva celui-ci,

la luxation se reproduisit. Plusieurs tentatives de réduction furent encore faites, mais sans résultat.

C'est alors que le patient vint dans le service de M. Sydney Jones. Trois tentatives de réduction furent faites à ce moment (octobre 1879), mais demeurèrent sans résultat. Le membre était absolument impropre à la marche, à cause de son raccourcissement et de la déviation en dedans.

Le 25 novembre 1879, S. Jones fit la résection de la tête, corrigea la position vicieuse et mit l'extrémité du fémur réséqué sur le rebord de la cavité cotyloïde, qui était comblée par du tissu cellulaire dense et des exsudats inflammatoires.

Quatre ans après l'opération, l'enfant a la jambe plus courte que l'autre, mais il peut marcher, courir, jouer au cricket et aller en tricycle.

OBSERVATION XXIII

NIEHANS. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* 1888, vol. XXVII, p. 487.

DOUBLE LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION A DROITE. —
MORT.

Un mécanicien de 25 ans tomba de sa locomotive sur le sol dans la position accroupie, le 24 juillet 1881. A cause d'une énorme infiltration sanguine de toute la région du bassin, on crut d'abord à une double fracture du col. Il y avait de la lordose et du raccourcissement des membres inférieurs qui, d'ailleurs, étaient étendus en situation normale et parallèlement l'un à l'autre. Ce n'est que trois mois après qu'on reconnut une double luxation en arrière. Deux fois, on fit des tentatives de réduction sous anesthésie, même avec l'aide de mouffles, sans y parvenir.

Quatre mois après l'accident, le 30 novembre 1881, on fit la résection de la tête fémorale, du côté droit seulement. On

trouva sur le col du fémur des productions osseuses abondantes, très dures, qui le recouvraient complètement et l'unissaient à la partie postérieure de la crête iliaque. La tête elle-même était entourée d'une nouvelle capsule qui, en grande partie ossifiée, formait une sorte de nouvelle cavité cotyloïde. Le cartilage était à peine changé. Ablation de la tête au niveau du col. Deux jours après, le 2 décembre, mort subite avec phénomènes de collapsus. La cause de la mort ne put pas être mise en évidence par l'autopsie ; peut-être s'agissait-il d'une *intoxication par le Karbol*.

OBSERVATION XXIV

MARGARY. — *Archivio di Ortopedia*, 1884 et
Centralblatt für Chir., 1884, p. 279.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION DE LA TÊTE.

Enfant de cinq ans, porteur d'une luxation traumatique iliaque gauche, datant de huit mois, avec rotation du pied en dedans, raccourcissement de deux travers de doigt et trochanter dépassant de 43 millim. la ligne de Roser-Nélaton.

Après des tentatives répétées de réduction qui restèrent infructueuses, Margary se décida à faire la résection de la tête du fémur. Incision de Langenbeck, capsule intacte, résection de la tête ; il corrigea la déviation et mit le membre en extension continue.

Deux mois et demi après, premiers essais de marche, avec un appareil silicaté. Cinq mois après, on met un corset de feutre qui maintient le trochanter.

Le résultat fut bon ; la position du membre inférieur gauche était normale ; la pointe du trochanter était encore un peu haut ; il y avait des mouvements ; l'enfant marchait avec un bâton, ayant une faible claudication.

OBSERVATION XXV

NICOLADONI. — *Wiener Med. Wochenschrift*, 1885, p. 734, et KIRN.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — ESSAI DE RÉPOSITION
SANGLANTE. — RÉSECTION CERVICALE.

Le 28 novembre 1884, Antoine T..., âgé de 41 ans, employé à la mine de charbon de Bergenz, fut apporté à la clinique avec une luxation iliaque datant du 14 octobre, et consécutive à un éboulement. Les premières tentatives de réduction furent faites quatorze jours après l'accident, mais sans succès. Quatre semaines après, ces tentatives furent renouvelées.

J'essayai, le 29 novembre 1884 et le 13 décembre 1884, sous une anesthésie chloroformique profonde, d'obtenir cette réduction : ce fut sans succès.

Je me résolus à une opération et fis l'arthrotomie de la jointure luxée, le 17 décembre 1884, soixante-quatre jours après l'accident.

Incision de Langenbeck, longue de six pouces. La tête fémorale est recouverte d'une capsule épaisse de deux à trois millimètres, de nouvelle formation. Cette capsule est doublée, sur sa face interne, d'une membrane lisse, unie, semblable à une synoviale, dont l'incision laisse voir à nu la tête fémorale dans une cavité. Sur l'os iliaque il s'était formé une nouvelle cavité de réception pour la tête fémorale, cavité peu profonde et circonscrite par des masses ligamenteuses et festonnées. Quand on eut écarté toutes les parties molles en avant et en arrière de la région trochantérienne, la tête du fémur put être largement attirée au dehors, mais on s'aperçut en même temps que l'acétabulum était obstrué par des membranes solides, épaisses, difficiles à distinguer, au point de vue anatomique, du limbe cartilagineux de la

cavité et qui, malgré plusieurs tentatives, rendirent impossible la remise en place de la tête du fémur,

Je pratiquai la résection de la tête du fémur à laquelle, d'ailleurs, je m'étais préparé, dans l'espoir d'obtenir un meilleur résultat fonctionnel. Drainage. Plâtre.

Les vingt premiers jours, apyrexie. A la fin de la troisième semaine le patient commença à être fiévreux. Il s'était développé autour de l'acétabulum une collection purulente qui exigea plusieurs ouvertures inguinales et débilita beaucoup le patient. La convalescence ne fut parfaite qu'en mars.

Je dois déclarer que les tentatives que l'on avait faites sur cette luxation pour la remettre avaient beaucoup débilité le patient, et que je me décidai avec peine à la résection.

Kirn ajoute que, « grâce à l'amabilité du professeur Nicoladoni, il a su que le malade, revu un an plus tard, pouvait bien marcher avec un bâton, mais certainement *pas mieux que les gens qui ont une luxation postérieure non réduite.* »

OBSERVATION XXVI

WEINLECHNER, Wien, 1885, d'après KIRN, p. 554.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION.

Un homme de 29 ans, tombant d'une voiture qu'il conduisait, se fit une luxation iliaque de la hanche droite. Deux semaines après, on fit des tentatives de réduction sans succès et, après quatorze semaines, le patient entra à la Clinique.

Flexion presque à angle droit, adduction et rotation interne; raccourcissement 7 cent. $\frac{1}{2}$. Par une tentative de réduction faite huit jours plus tard, on rendit la tête un peu plus mobile. On abandonna toute autre tentative pour ne

pas contusionner le nerf sciatique et, six jours plus tard, on pratiqua la résection de la tête fémorale.

Incision parallèle aux faisceaux du grand fessier, incision d'une enveloppe en forme de capsule d'où s'écoula de la synovie. Libération de la tête et section au ciseau et au maillet. Il y a une nouvelle cavité cotyloïde parfaite au bord inférieur de laquelle la tête est fixée par le ligament rond. Les obstacles osseux qui s'opposaient au redressement furent enlevés. Un autre obstacle était la tension des muscles adducteurs quand on redressait le membre ; on les sectionne. Drainage, suture, appareil extenseur. La plaie ne guérit pas par première intention ; divers abcès durent être ouverts ; eschares au talon droit et à la région sacrée.

Onze mois seulement après l'opération, toutes les plaies étaient guéries et le malade put essayer de marcher. Raccourcissement de 7 cent. ; extension de la hanche et du genou, faible mobilité de la hanche ; tout mouvement actif du genou est impossible. Le malade sort, marchant passablement avec deux béquilles.

Un an plus tard, le malade écrit qu'il peut marcher avec une petite canne et qu'il espère pouvoir bientôt s'en passer. Le genou est complètement raide.

OBSERVATION XXVII

SEVEREANO. — Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 339.

LUXATION ILIAQUE RÉCENTE. — ESSAI DE RÉDUCTION SANGLANTE. —
RÉSECTION SUS-CERVICALE.

Une paysanne, des environs de Bucharest, fut surprise par un éboulement dans une tranchée. Impossibilité de se relever, douleur dans la hanche droite.

3 jours après : luxation coxo-fémorale, variété ischio-iliaque.

Chloroforme.

Tentatives de réduction par mouvements variés.

Ensuite, tractions avec moufle jusqu'à 400 kilog. ; la tête ne se déplace absolument pas. Alors traction et, en même temps, on appuie sur la tête de haut en bas et d'arrière en avant. Rien. Ces tentatives durent trois-quart d'heure.

Aussitôt, incision parallèle aux fibres du grand fessier, d'une longueur de dix centimètres, sur la tête du fémur.

Le doigt dans la plaie permet de constater que « *la capsule est déchirée dans sa partie inférieure* ; le membre étant en rotation en dedans et la tête déplacée en haut et en arrière, il en résulte que la capsule fibreuse est tellement tordue sur son axe, que la tête du fémur ne pouvait plus rentrer par l'ouverture qu'elle avait franchie pour quitter la cavité cotyloïde ».

A l'aide d'un bistouri boutonné, large incision de la capsule fibreuse. Cette fois, la traction de 400 kilog. fait descendre un peu la tête ; mais il manquait encore deux centimètres.

Ablation de la tête du fémur, et le col pénètre dans la cavité cotyloïde. Le membre est mis dans la position normale. Drainage, pansement, plâtre.

Après trente jours, la plaie est cicatrisée ; la malade quitte le service sans le consentement du médecin, et il n'en a plus entendu parler.

OBSERVATION XXVIII

KAUFMANN (de Zurich). — In HÆFLIGER. In. Diss., Bern, 1900.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — TENTATIVES DE REPOSITION SANGLANTE. — RÉSECTION AU MILIEU DU COL.

G. L..., cultivateur, 35 ans. Le 7 janvier 1886 tomba sur le sol glacé, sur la partie droite du corps. Il ne peut ni se

tenir droit, ni marcher ; il a de fortes douleurs dans la hanche droite. Sangsues. Lit pendant deux semaines. Ensuite, le malade marcha avec des béquilles et un bâton. Sept semaines et demie après, on diagnostiqua la luxation. Quatre jours après il entre à l'hôpital cantonal, où l'on fait trois essais de réduction, dont un sous chloroforme, sans résultat.

Le 5 avril 1886, le malade vient trouver Kaufmann. C'est un homme fort, de taille moyenne.

A droite, luxation iliaque caractéristique, avec flexion de 30°; rotation; adduction. Pied en dedans; fesse droite élargie. Tête facilement sentie à travers les muscles fessiers, mobile dans la rotation interne et flexion. Grand trochanter à 6 centimètres au-dessus de la ligne R. N. A l'aîne, on met le doigt dans la cavité vide. Le malade marche avec une béquille et un bâton, boitant fortement.

6 avril. — Anesthésie. Tentative de reposition, sans succès, parce qu'on ne peut pas enfoncer la tête.

7 avril 1886. — Anesthésie. Reposition sanglante. Incision arquée de 9 centimètres depuis la partie supérieure de la tête fémorale, jusqu'au corps, en passant par le trochanter. Séparation des fessiers; la tête est entourée de tous côtés par une membrane dure, épaisse de 3 centimètres.

On l'incise; il s'écoule un peu de synovie; apparence d'une nouvelle synoviale (articulation néoformée). Le faisceau des muscles fessiers est séparé de la moitié postérieure du grand trochanter. De plus, le périoste de celui-ci est ruginé en arrière, de manière à ce que la tête, le col et la moitié postérieure du trochanter soient complètement libres.

Par-dessous le col du fémur, le doigt peut facilement palper le bord postérieur et supérieur de la cuvette et, de plus, il peut un peu pénétrer dans la cavité, qui est complètement vide. La tête du fémur est à 6 bons centimètres au-dessous du bord supérieur du cotyle.

Par une forte flexion de la cuisse, tout le bord postérieur et une partie du bord inférieur du cotyle sont rendus accessibles; la partie du sourcil cotyloïdien apparaît comme un

bourrelet de l'épaisseur du doigt; pour faciliter la reposition, on le retire d'environ 3 centimètres. De plus, on enlève la capsule néoformée. Alors la reposition réussit par forte flexion, rotation en dehors et traction énergique.

Au moment où la tête est dans le cotyle, la rotation en dedans disparaît, mais la flexion est de 90°, même après avoir coupé la partie antérieure du ligament. On ressort la tête et on *la resèque* au milieu du col du fémur. Alors extension facile.

Suture. Drain dans l'acetabulum. Extension à 6 kilogs.

Suites : sécrétion abondante, fièvre. Le 25 avril au soir 38°8. Etat fébrile jusqu'au 1^{er} mai. Ensuite état normal.

Le 25 mai, le malade se lève et fait ses premiers pas.

Le 30 mai, il sort, ses blessures étant guéries. Douleurs dans la marche, qui est pénible et se fait avec deux bâtons.

Cuisse en extension, légère flexion active. Le grand trochanter se trouve à 3 centimètres au-dessus de la ligne R. N.

Kaufmann le revoit trois semaines après. Le malade porte une semelle de 2 centimètres; il marche avec une canne et boîte modérément.

Flexion active de 30°, flexion passive de 30° également. Extension complète dans la marche; la rotation est impossible; le pied est en position intermédiaire.

OBSERVATION XXIX

QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 1003

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE

TENTATIVE DE RÉDUCTION SANGLANTE. — RÉSECTION DE LA TÊTE

B..., Benjamin, 26 ans, tailleur de pierres, fut renversé, le 10 juillet 1887, par un bloc énorme qu'il s'efforçait de déplacer. On l'apporte à l'hôpital, et M. Quénu cons-

tête une luxation iliaque du côté droit. Deux tentatives de réduction sont faites sous chloroforme, sans succès. Fièvre, douleurs dans la fesse et dans tout le membre. Un peu d'empâtement de la région.

Etat du malade le 12 août : homme vigoureux ; il a essayé inutilement de marcher avec des béquilles, il garde continuellement le lit. Douleurs le long du sciatique, exagérées par la mobilisation du membre. Cuisse en adduction, flexion, et forte rotation en dedans. Raccourcissement : 6 cm. Le 17 août, nouvelle tentative de réduction sous chloroforme. La tête fémorale, nettement sentie à la partie supérieure de la fesse, ne se déplace pas, malgré la rupture d'adhérences. Douleurs le lendemain et les jours suivants. Après un mois, il n'y avait aucun progrès dans l'état fonctionnel. Quénu décida une intervention, espérant lever l'irréductibilité et réintégrer la tête.

Le 28 septembre, opération par M. Quénu, assisté de M. Ch. Nélaton. Incision de 15 cm. parallèlement au fémur, en arrière du grand trochanter et sur la tête fémorale. Section du fessier épais ; on trouve une néo-capsule masquant la tête osseuse ; pour la découvrir, il fallut inciser une épaisse couche fibreuse assez vasculaire, étendue de l'os coxal au col du fémur ; cette capsule est doublée de plaques irrégulières fibro-cartilagineuses. On l'incise ; la tête du fémur ne présente plus trace de ligament rond. Le sciatique est récliné en arrière.

On ne peut pas trouver la cavité cotyloïde masquée par les tissus fibreux. A ce moment, tentative de réduction inutile : la tête reste absolument fixée, il faut la sectionner au ciseau et au maillet (1). Alors l'attitude vicieuse du membre se corrige ; on le met en extension et légère rotation en dehors. Drainage ; pansement. Traction de 3 kilos le 1^{er} jour, portée ensuite à 6 kilos.

(1) A la séance de la Société de Chirurgie du 21 mai 1890, à propos du rapport de M. Kirrmisson sur l'observation de M. Ricard, M. Quénu ajoute qu'il dut enlever la tête, puis le col du fémur.

Le lendemain 39°4 le soir; suppuration; le cinquième jour on ouvre la plaie et bourre de gaze. Le 10 octobre, amélioration. Le 15 octobre, ouverture d'un abcès sous-aponévrotique en avant du grand trochanter; quelques jours après, on ouvre un autre abcès. Ensuite convalescence.

Fin octobre, on supprime la traction.

Le 15 novembre (48 jours après l'opération) le malade se lève avec des béquilles. Membre en bonne position : raccourcissement de 4 centimètres.

Le 18 décembre, il marche avec des béquilles toute la journée. En le faisant marcher avec des cannes, on constate que le membre blessé soutient bien le poids du corps, le pied étant en extension et le corps incliné en avant. Il peut s'asseoir d'aplomb et ne souffre plus.

Le malade est revu à la fin de février; il marche avec une canne depuis plus d'un mois et fait à pied de très longs trajets. Quénu lui conseille de porter une chaussure à semelle épaisse.

OBSERVATION XXX

BRUNS, in KIRN et KNEER (*loc cit.*).

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION SOUS-CERVICALE APRÈS ESSAI DE RÉDUCTION.

Maria F., 32 ans, se fait, le 14 juillet 1886, une luxation iliaque en tombant d'une grange d'une hauteur de deux étages. On fit des tentatives de réduction immédiatement; on les renouvela le lendemain sous anesthésie, puis après quatorze jours, et l'on crut alors avoir réduit la luxation. Immobilisée six semaines, elle fut ensuite incapable de marcher et entra à la Clinique de Bruns le 8 novembre.

Luxation iliaque droite : raccourcissement d'environ

4 centimètres, flexion, adduction et rotation interne. Tête dans la fosse iliaque, à trois doigts au-dessous de la crête iliaque, grand trochanter dépassant de trois doigts la ligne de Roser-Nélaton. Claudication considérable, marche pénible et douloureuse.

Le 3 décembre, tentatives de réduction dans la narcose chloroformique complète, sans succès.

Le 18 décembre, opération. Incision de 18 à 20 cent. de long, entre le grand trochanter et la tête luxée, à peu près parallèle au fémur. Section d'une partie des faisceaux du grand fessier, jusqu'à ce qu'on arrive à la tête. Celle-ci est fixée par des ostéophytes et de solides adhérences fibreuses. Après section de ces adhérences et ablation de quelques bourrelets néoformés sur le col du fémur, on fait des tentatives de réduction, mais sans succès. Ensuite section à la scie de la tête du fémur à la base du col; drainage, suture, pansement, appareil à traction continue.

Cicatrisation par première intention. Quatre semaines plus tard, la malade marchait avec un appareil de Taylor. Un mois plus tard, elle marchait normalement avec une semelle surélevée.

La malade fut revue deux ans après l'opération. Le membre inférieur droit possède librement les mouvements de flexion, extension, abduction et adduction; raccourcissement de 3 centimètres. Mouvements sans douleur. Elle marche tout le jour sans fatigue.

OBSERVATION XXXI.

DUMONT (d'après KIRN, p. 555).

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE AVEC FRACTURE DU COL. — RÉSECTION
SOUS-TROCHANTÉRIENNE.

Un cultivateur de 22 ans fut atteint à la hanche gauche par une brouette chargée et entendit alors dans la hanche

droite un fort craquement. Il marcha cependant les quatre semaines suivantes, mais avec une certaine sensation de tension dans le membre. Il fut alors apporté dans un hôpital et traité pendant dix semaines avec un onguent iodé.

Quatre ans après l'accident, il tomba dans une descente, et ressentit de fortes douleurs dans la hanche droite. Trois mois après, l'état était le suivant : le malade marche péniblement, en boitant. Membre inférieur droit en rotation en dehors; raccourci de 2 centimètres. On crut à une ancienne fracture du col.

Un mois plus tard, résection de la hanche. A l'ouverture de l'articulation, on trouve que la tête n'est pas dans l'acétabulum, mais sur son bord inféro-externe, comme dans une luxation iliaque avec fracture du col; la tête était fracturée à angle droit, et le col raccourci de moitié par la consolidation des fragments. Le fémur est réséqué au-dessous du grand trochanter et les granulations recouvrant l'acétabulum excisées. Suture.

Le malade marche avec un appareil Taylor. Raccourcissement 4 centimètres. L'atrophie de la cuisse a diminué.

OBSERVATION XXXII

PACI. — *Bull. Méd.* 1887, p. 220 et *Revue de Chir.* 1887, p. 582.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — DÉCAPITATION.

Paci expose l'histoire d'un cas qu'il a eu à traiter. Après l'insuccès de longues tentatives de réduction, sur une luxation traumatique iliaque du fémur, renonçant à vaincre la résistance opposée par les adducteurs, il s'est décidé à pratiquer la décapitation de la tête du fémur. Le succès a été complet, car la fonction du membre a été complètement récupérée.

En examinant la partie enlevée, il reconnut que la substance osseuse avait presque complètement disparu ; la tête était molle et recouverte d'un cartilage déjà fort érodé.

OBSERVATION XXXIII

SCHÖNBORN, in POPPER. In. Diss. Würzburg, 1887-1888.

LUXATION ANCIENNE. — RÉSECTION. — MORT.

Dans le travail de Popper est rapporté un cas opéré par Schönborn, dans lequel, après d'inutiles tentatives de réduction sanglante, la résection fut faite. La mort survint par intoxication *carbolicque*.

OBSERVATION XXXIV

BLOCH. — *Revue d'Orthop.*, 1890, p. 161.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — FRACTURE INCOMPLÈTE EMPÊCHANT
LA RÉDUCTION SANGLANTE. — RÉSECTION DU COL.

Larsen N., apprenti charpentier, 17 ans, né de parents sains, lui-même bien portant, arrive à l'hôpital Frédéric, le 6 septembre 1887, cent trois jours après un accident survenu durant une fête des récoltes. Tandis qu'il était debout et immobile auprès de sa dame, un autre danseur le heurta ; le choc porta sur la face interne du genou gauche, qui reçut une impulsion abductrice. Le jeune homme tomba en entendant un bruit sec ; ne pouvant plus s'appuyer sur l'extrémité gauche, il fut transporté à l'hôpital de province. Là, on constata une luxation iliaque de la hanche ; on endormit le

malade et la réduction fut pratiquée. Le patient, se réveillant pendant l'opération, entendit un bruit sec, également perçu par son père.

Au bout de 17 jours, il quitte le lit, puis l'hôpital, mouvant bien son membre inférieur gauche. Quatre ou cinq semaines plus tard, le médecin constata que la réduction n'était pas faite.

103 jours après l'accident : claudication extrême ; signes classiques de luxation iliaque du fémur gauche, craquements dans les mouvements.

Le 9 décembre : anesthésie, trois tentatives énergiques de réduction : flexion, adduction, rotation en dedans, puis traction et rotation en dehors, sans succès.

Le 15 décembre : anesthésie, nouvelles tentatives infructueuses.

Le 23 décembre 1887. Opération (Oscar Bloch).

1^o Incision d'exploration sur la face antérieure de la cuisse, entre le muscle couturier et le muscle droit. Il est impossible de reconnaître la capsule articulaire au toucher. On la découvre avec des écarteurs, sur une étendue de 5 cent. environ, et on la dégage sur 3 cent. On coupe sur le doigt des « cordes raidies ». On essaye de réduire (flexion, rotation interne, adduction, puis traction et rotation externe), sans y arriver : la cavité cotyloïde est remplie de matières solides. Drainage, suture.

2^o Incision de Langenbeck. La tête fémorale est enveloppée dans une sorte de capsule mince et facile à entamer. Elle est couverte, au lieu du cartilage normal, par une couche jaunâtre, finement pointillée, friable. On essaie la flexion : la tête se rapproche du bord du cotyle. On fait la rotation : la partie supérieure du fémur suit le mouvement, tandis que la tête reste immobile. On constate alors une légère crevasse entre la tête et le col du fémur ; l'ouverture de cette fente regarde en dehors ; la connexion de la tête fémorale et du fémur se réduit à un pont osseux de un centimètre ou deux.

A l'aide de deux ériges de Langenbeck très aiguës, on saisit la tête qu'on détache sans difficulté. On excise une petite portion cunéiforme des masses fibreuses qui remplissent la cavité cotyloïde. Pansement. Extension de huit livres.

Réunion *per primam*. L'appareil à extension est enlevé le quarantième jour ; le patient quitte l'hôpital le cinquante-septième jour.

Résultat fonctionnel, onze mois après l'opération. — Le patient est en bonne santé et peut exercer la profession de charpentier ; seuls les extrêmes travaux lui sont impossibles, parce que la hanche est raide. Il marche sans canne, mais s'en sert pour les longues tournées. Il fait des promenades d'environ seize kilomètres sans fatigue notable et sans éprouver de douleurs ; une marche de huit kilomètres à la fois ne le fait pas souffrir. En société, il porte les mêmes chaussures qu'à sa sortie de l'hôpital, une semelle étant de trois centimètres plus haute que l'autre ; pour l'usage journalier, il porte des sabots présentant la même différence. Les deux cicatrices sont belles, sans adhérences. Quand l'inégalité de hauteur des deux membres inférieurs est compensée par la forte semelle, il n'y a aucune déviation de la colonne ni du bassin. La mensuration donne trois à quatre centimètres de raccourcissement, répondant au fémur ; la pointe du trochanter dépasse de quatre à cinq centimètres la ligne de Roser-Nélaton. L'atrophie de la cuisse gauche (trente-trois centimètres et demi de circonférence contre quarante-quatre centimètres à droite) n'a pas augmenté depuis trois mois. Le malade est très heureux du résultat ; il peut s'asseoir sur une chaise sans qu'on se doute de l'ankylose coxo-fémorale, grâce à la mobilité du bassin ; la défécation n'est nullement gênée.

OBSERVATION XXXV

Ch. NÉLATON. — *Arch. gén. de Méd.*, 1889, p. 280.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — TENTATIVE DE RÉDUCTION SANGLANTE. — RÉSECTION SUS-CERVICALE.

Un garçon de 22 ans, bien constitué, entre, en mars 1888, dans le service de M. Périer, à Lariboisière. Il avait une luxation de la hanche datant de dix-huit mois : il courait dans la rue, quand son pied ayant glissé, il tomba, les cuisses violemment écartées. Douleur extrêmement vive; il ne put se relever et dut être transporté chez lui. Il fut soigné par un rebouteur qui remua le membre et conseilla de garder le lit. Au bout de huit mois, il se leva et marcha très mal; c'est alors seulement qu'il s'adressa à un chirurgien, M. Tillaux, qui constata la luxation et essaya de la réduire sous le chloroforme. Ayant échoué, M. Tillaux appliqua une extension continue de dix kilogs : le membre fut allongé de trois centimètres. M. Tillaux, puis M. Schwartz essayèrent encore la réduction sous chloroforme, sans résultat. Depuis lors, il reste chez lui, marchant très mal.

Examen du malade. — La tête est sentie nettement dans la fosse iliaque externe, où elle est très mobile. Le malade étant couché, elle est au-dessus et en dehors de l'E. I. A. I., à trois travers de doigts d'elle. Dans la flexion la tête plonge dans la fosse iliaque externe, et le membre se met en adduction et rotation interne : en même temps le trochanter s'abaisse.

Longueur du membre luxé, de l'E. I. A. S. au sol : 78 centimètres ; celle du membre sain, 88 centimètres. Le membre luxé est plus grêle que l'autre ; la claudication est énorme.

Considérant que la tête ne paraît pas déformée et est très mobile, M. Nélaton conçoit le projet d'aller diviser la capsule rétractée et permettre ainsi à la tête de réintégrer le cotyle, qu'il agrandira au besoin, s'il est déformé.

Le 14 mars 1888, opération par Ch. Nélaton. Anesthésie; le malade est couché sur le dos, le membre étendu et le pied retenu en rotation externe maxima. Sur la tête saillante, à égale distance de l'E. I. A. S. et du grand trochanter, incision de 12 centimètres, d'abord parallèle à la crête iliaque, puis descend en avant du grand trochanter, à un travers de doigt de lui. Section de la peau, du tissu cellulaire et du tenseur du *fascia lata*; section d'une couche ligamenteuse (représentant la capsule ancienne), haute de deux à trois travers de doigt, épaisse d'un doigt; la tête est ainsi mise à nu, elle est recouverte de cartilage et aplatie en arrière. L'ancienne capsule forme un cône fibreux creux dans lequel le doigt, difficilement introduit, arrive au dedans de la cavité cotyloïde; celle-ci est très étroite et très déformée; son rebord fait saillie en dedans et lui donne la forme d'un croissant ouvert en dehors; on la creuse à la gouge et au maillet.

Tractions sur le membre luxé, dans l'extension, puis tractions directes sur la tête à l'aide d'un crochet spécial. La tête ne s'abaisse pas; si on fléchit le membre, elle fuit dans la fosse iliaque. L'obstacle est représenté par les fessiers dans l'extension, par les adducteurs dans la flexion.

Alors *résection* de la tête; section du col. On ne peut remettre le col sectionné dans la cavité cotyloïde.

Suites simples. Membre étendu; traction de 3 kilog. Au bout de deux mois, la plaie est cicatrisée; au bout de trois mois, le garçon marche sans canne; il peut s'asseoir. Mais le raccourcissement mesure encore sept centimètres.

Plus tard le résultat ne se maintient pas; quoique ce jeune homme puisse marcher, se fatiguer et se tenir une journée entière debout, sa démarche est mauvaise, sa claudication très prononcée.

OBSERVATION XXXVI

RICARD. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1890, p. 714.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — DÉCAPITATION. — RÉDUCTION DU COL FÉMORAL DANS LA CAVITÉ COTYLOÏDE RECREUSÉE

Un homme fait, en décembre 1888, une chute d'un lieu élevé et se luxé la hanche droite. Plusieurs tentatives de réduction sont vainement exécutées immédiatement, puis dans les premières semaines qui suivent l'accident.

Huit mois plus tard (le 22 juillet 1889) M. Ricard voit le blessé ; il présente les symptômes d'une luxation iliaque. La marche est impossible sans béquille et la mobilité de la tête fémorale est telle que le membre luxé ne peut fournir au tronc un point d'appui solide. La marche, la station debout prolongée, la position assise, provoquent des douleurs vives et le malade réclame une intervention chirurgicale.

Le 2 août 1889, opération par M. Ricard. Anesthésie chloroformique. Incision courbe de 15 à 18 cent., en arrière et au-dessus du grand trochanter. Les muscles fessiers sont divisés et on arrive sur la tête fémorale à peine adhérente à la fosse iliaque. Par l'adduction, la flexion forcée et la rotation externe de la cuisse, on essaie d'éloigner la tête fémorale, pour explorer la cavité cotyloïde. C'est impossible : la tête est maintenue par un solide plan formé par la capsule articulaire restante. Résection de la sphère fémorale à l'ostéotome. On peut alors détacher le plan fibreux de l'os iliaque, pénétrer dans la cavité cotyloïde, dont les bords sont émoussés et la cavité comblée par un tissu dense, résistant, solidement implanté sur ses parois. Le plan fibreux qui voile la cavité est alors largement incisé et la cavité cotyloïde débarrassée des néo-formations fibreuses, à l'aide du bistouri à

résection et de forts ciseaux. La toilette est achevée à l'aide de rugines et de fortes curettes.

Réduction du col fémoral dans la cavité ainsi nettoyée. Drainage, sutures profondes et superficielles. Pansement. Gouttière de Bonnet, membre en extension et rotation en dehors.

Suites simples d'abord. Puis, le 16 août, un petit abcès fut incisé dans la partie supérieure de la plaie, déjà presque cicatrisée; cet abcès s'est rouvert deux fois depuis.

Gouttière de Bonnet jusqu'au 16 septembre. Repos au lit jusqu'au 6 octobre. Ensuite marche avec des béquilles, puis avec un bâton.

Le 21 mai 1890, le malade peut, avec un bâton, parcourir de longues distances. La cuisse, encore un peu amaigrie, est en rectitude parfaite. Une néarthrose solide s'est établie et le malade, appuyé sur son membre sain, peut exécuter des mouvements de flexion, d'adduction et de légère abduction. Le raccourcissement est de 4 centimètres.

OBSERVATION XXXVII

D'ANTONA. — *Revue d'Orthopédie*, 1891, p. 316.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION SOUS-CERVICALE

Un jeune homme de 18 ans, dans une chute, se fait une luxation. On méconnaît la luxation et on applique un appareil silicaté. Quand on enlève l'appareil, le malade est incapable de marcher. Résection de la tête fémorale: incision de 10 cm. sous l'E. I. A. S. jusqu'à la tête fémorale qui est libre. Cavité cotyloïde remplie de tissus résistants. Résection de la tête et de presque tout le col; grattage de la cavité cotyloïde; réduction. Pansement. Suites septiques: suppuration. Cicatrisation quatre mois après. Aucune douleur,

mouvements faibles; le cinquième mois, le malade marchait avec une canne.

OBSERVATION XXXVIII

REYNIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir. de Paris*, 1897, p. 569.

A propos de la communication de M. Walther (v. plus bas), M. Reynier déclare avoir *fait cette résection en 1890*.

OBSERVATION XXXIX

KIRMISSON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1892, p. 208.

LUXATION ILIAQUE TRÈS ANCIENNE. — RÉSECTION D'UNE PORTION DE LA TÊTE DÉFORMÉE. — RÉINTÉGRATION DU RESTE DANS LA CAVITÉ RECREUSÉE.

M. Kirmisson présente un jeune homme de 19 ans auquel il a pratiqué, le 8 juillet 1891, une résection orthopédique de la hanche gauche pour une luxation iliaque datant de quatre ans. Le membre était en flexion et adduction; le raccourcissement mesuré, le malade étant couché, atteignait 6^{cent.}; mais, lorsque le malade appuyait sur le membre luxé, la tête du fémur remontait vers la crête iliaque, le tronc tout entier semblait s'enfoncer dans le bassin, et le malade ne pouvait conserver la rectitude qu'à la condition de fléchir à angle droit le membre sain; à ce moment le raccourcissement atteignait 15 centimètres.

Au cours de la résection on rencontra une déformation considérable de la tête du fémur, représentée par deux éminences osseuses, l'une en avant, l'autre en arrière du

grand trochanter. La saillie postérieure fut enlevée à l'aide de l'ostéotome et, après avoir évidé avec la gouge la cavité cotyloïde en partie comblée par du tissu fibreux, nous y replaçâmes la saillie antérieure représentant la tête fémorale. Extension continue avec 3 kilog. La marche de la plaie ne fut pas aseptique, il y eut même formation d'un abcès à la partie antérieure de la plaie. Néanmoins le résultat définitif peut être considéré comme satisfaisant.

Le raccourcissement mesure encore 6 cent. ; mais l'attitude du membre est rectifiée, il est en extension complète et parallèle à celui du côté opposé. Il reste des mouvements de flexion et d'extension assez étendus, mais, surtout, il s'est constitué une néarthrose solide ; la tête du fémur n'a plus tendance à remonter vers la fosse iliaque pendant la marche ; aujourd'hui (9 mars 1892), huit mois après l'opération, le membre représente, pour notre malade, un point d'appui solide, permettant facilement la marche à l'aide d'un soulier surélevé de trois centimètres.

OBSERVATION XL

TILLAUX. — *Revue d'Orthopédie*, 1893, p. 27.

LUXATION ISCHIO - PUBIENNE ANCIENNE. — DÉCAPITATION ET RÉINTÉGRATION DU COL DANS LA CAVITÉ COTYLOÏDE.

Jean-Baptiste Wel..., 53 ans, journalier, entre, le 20 mai 1892, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Excellents antécédents personnels et familiaux.

Le 10 février, poussant à la roue une voiture chargée (2.000 kilog.) il fait un faux-pas, et tombe sur le dos. La voiture passa alors sur la partie externe de sa cuisse droite, vers le milieu, n'y produisant qu'une légère excoriation. Mais d'emblée le membre prend la position constatée actuellement.

Luxation méconnue ; pas de tentatives de réduction ; au bout de huit semaines, envoyé au professeur Tillaux.

8 juin 1892. — *Etat du malade couché.* — Flexion à 60°, abduction, rotation en dehors (la face externe du fémur repose sur le plan du lit).

Tête fémorale en dedans, sous les tendons d'insertion des adducteurs, tout près de la ligne médiane ; on la sent par le périnée. Elle semble avoir gardé sa forme et roule sous le doigt dans les légers mouvements de rotation du membre.

Le grand trochanter est enfoncé au milieu des muscles.

Les vaisseaux fémoraux ont gardé leur position ; l'artère bat à 8 ou 9 cent. en dehors de la partie la plus saillante de la tête fémorale.

Malade debout. — La rotation en dehors est presque complètement compensée par la rotation en dedans du tibia sur le fémur ; flexion plus accentuée ; abduction très considérable.

Le malade ne peut poser simultanément les deux pieds sur le sol qu'à une distance minima de 25 cent. et grâce à une forte courbure, concave à gauche, de la colonne lombaire.

Mouvements provoqués, limités et très douloureux ; spontanés très difficiles.

Marche avec des béquilles ; ou bien avec deux cannes, ne s'appuyant qu'un instant sur la jambe malade.

9 juin. — Opération. M. Tillaux aidé de M. Walther. Incision de 10 cent. parallèlement et en arrière du relief du tendon du grand adducteur, depuis le pli génito-crural. Cette incision mène directement sur la tête fémorale.

Tentative pour la libérer et la réduire, mais, complètement bridée par les tissus voisins, elle ne peut être mobilisée.

Réséction de la tête au niveau de ses insertions au col, au ciseau et au maillet.

Après cette extraction, rien n'est plus facile que de remettre le membre en rectitude, et le col fémoral vient de lui-même se placer dans la cavité cotyloïde. Celle-ci présente relative-

ment peu d'altérations ; il n'est pas nécessaire d'y toucher.

Suites opératoires simples, apyrétiques. Membre en extension et traction continue jusqu'au premiers jours d'août. Mouvements au lit pendant le mois d'août. Marche à partir de septembre ; sort fin septembre.

Etat à ce moment. — Aucune déformation apparente ; un peu d'aplatissement de la région trochantérienne. Mensuration : les deux membres sont égaux.

Mouvements spontanés, avec forte flexion ; jusqu'à l'horizontale de la cuisse sur le bassin ; abduction et adduction comme du côté sain.

La marche est facile, sans claudication. Le malade se sert habituellement d'une canne mais peut s'en passer.

OBSERVATION XLI

OSTERMAYER. — *Weiner Klinische Wochenschrift*, 1894, p. 750, 795.

LUXATION OVALE ANCIENNE. — RÉDUCTION SANGLANTE IMPOSSIBLE. — RÉSECTION SOUS-CERVICALE.

Johann G..., 37 ans, mineur, est admis, le 5 janvier 1893, dans la section de Chirurgie de l'hôpital Saint-Johann, à Budapest.

Dans la nuit du 25 juin 1891, il fut surpris par un éboulement dans une galerie. Un bloc de pierre, d'environ 4 mètres de long et 2 mètres de haut, tomba d'une hauteur de près d'un mètre sur la terre éboulée qui emprisonnait son membre inférieur droit et le fractura vers l'extrémité supérieure du fémur ; puis le bloc de pierre roula sur le tronc et le membre inférieur gauche.

Lorsqu'on le délivra, le membre inférieur gauche était fléchi sur la hanche, présentait des mouvements de latéralité à droite et à gauche, mais ne pouvait être étendu. On tenta,

sans succès, la réduction sous chloroforme à l'hôpital de la mine. Fracture de la cuisse droite.

La fracture guérit avec raccourcissement notable.

En octobre 1891, le malade essaya de marcher; il en fut empêché par de violentes douleurs dans l'aîne et la cuisse gauches, laquelle avait gardé sa position vicieuse.

Dans le courant de 1892, il entra à la Clinique chirurgicale de Budapest, où il fut soumis deux mois à l'extension, sans aucune amélioration.

La marche est difficile et douloureuse, aux douleurs précédentes s'étaient ajoutées de violents élancements dans la région fessière; aussi le malade, incapable de travailler, se présente, le 5 janvier 1893, à l'hôpital Saint-Johann, où il est admis.

Etat actuel. — Homme vigoureux, de taille moyenne, bien portant. Dans la station debout, il s'appuie sur la jambe droite, tandis que la gauche, modérément fléchie, est en abduction et rotation externe. Le genou est un peu fléchi.

Dans le decubitus dorsal, le membre inférieur gauche est fléchi sur le bassin, en abduction et rotation externe et complètement immobilisé dans cette position.

A la mensuration : 95 cent. à gauche; 86 à droite.

Membre gauche notablement atrophié.

Le grand trochanter est profondément caché au milieu des muscles, et un peu plus postérieur que normalement. La région fessière gauche est aplatie, et son diamètre transversal diminué.

Diagnostic. — Luxation ancienne, traumatique et irréductible du fémur dans la fosse ovale. Ankylose complète.

Opération, 21 janvier 1893. — Chloroforme. Incision de Bidder (incision longitudinale immédiatement en arrière du grand trochanter), commençant en haut, au-dessous de la crête iliaque et descendant parallèlement au bord postérieur du grand trochanter jusqu'au-dessus de sa base. Section du grand fessier. Résection d'une lamelle osseuse couverte de

son périoste et des insertions fibreuses des muscles, tout le long du grand trochanter.

Après avoir écarté les parties molles, on voit la moitié supérieure de la cavité cotyloïde ; dans sa moitié inférieure est solidement fixé, par des adhérences, le sommet du grand trochanter. On libère le col au bistouri, avec précaution.

L'opération est très difficile, vu la profondeur de la plaie et l'étroitesse du champ opératoire, limité par des os ou des insertions musculaires. Le doigt, glissé avec peine le long du col, constate que la tête est entourée de toutes parts par des productions osseuses auxquelles elle adhère.

Dans ces conditions, je renonce à pratiquer la réduction, et sectionne le fémur, au ciseau et au maillet, à la partie supérieure du petit trochanter ; la plus grande partie de l'os est ainsi coupée, le reste est fracturé. La partie restante ne peut être extraite qu'à grand'peine, par morcellement ; la tête, notamment, fut très difficile à enlever. Elle était, en effet, enclavée dans une cavité formée aux dépens des bords du trou obturateur, que de puissants ostéophytes, détachés des parois osseuses, rendaient encore plus profonde. Sa profondeur était telle qu'elle contenait la tête et une partie du col, en les emprisonnant si fortement que leur immobilité était absolue : l'ankylose était fibreuse.

La vraie cavité cotyloïde dans laquelle reposait le sommet du grand trochanter était rétrécie par des ostéophytes de la partie supérieure et externe de son rebord.

De plus, la tête était un peu plus petite que normalement, bien qu'elle eût conservé sa forme. Son revêtement cartilagineux avait disparu, et elle était recouverte d'une membrane fibreuse.

Le col était aussi modifié ; il faisait, avec le cylindre diaphysaire, un angle presque droit. Il paraissait raccourci.

J'arrondis alors, avec le ciseau et le maillet, l'extrémité supérieure de la partie restante du fémur et, après avoir enlevé la portion du rebord cotyloïdien augmentée de volume et épaissie, qui débordait dans la cavité, j'introduisis l'extré-

mité fémorale dans la cavité. Drains dans la fausse cavité articulaire; muscles et périoste suturés au catgut, peau suturée à la soie. Pansement à la gaze iodoformée et au coton de bois. Le membre fut soumis à l'extension continue à l'aide de poids (8 kilog.).

Suites simples pendant deux mois, malgré une température s'élevant à plusieurs reprises jusqu'à 38°5. Le 20 février, le malade s'assied sans difficulté sur son lit. Le poids extenseur a été diminué à 4 kilog. A la fin de février on enlève l'appareil extenseur et fait du massage et de la mobilisation.

Le 14 mars, essais de marche avec deux béquilles, satisfaisants.

Le 26 mars : furoncles dus au massage, adénite; fièvre les jours suivants; le 6 avril, 39°4; le 7, incision d'un abcès superficiel de la région trochantérienne, au niveau de la cicatrice. Le 12 avril, incision d'un nouvel abcès. Nouveaux abcès en juin; on ne trouve pas de points osseux dénudés.

Le 31 juillet, le malade se promène facilement avec une canne. Tous les mouvements de l'articulation sont libres et indolorés. Les muscles du membre gauche ont gagné en force. Le membre inférieur gauche est encore de 1 cent. environ plus long que le droit, ce qu'il faut attribuer à la fracture de la cuisse droite consolidée avec un chevauchement considérable (6 à 8 centim.).

Le malade quitte le service.

OBSERVATION XLII

WALTHER. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1897, p. 569.

LUXATION OVALE ANCIENNE. — RÉSECTION DE LA TÊTE

M. Walther présente un homme opéré en 1894 pour une luxation ancienne de la hanche (ovale); la tête fut réséquée et l'extrémité du fémur replacée dans la cavité cotyloïde.

Mais cette extrémité du fémur se déplaça de nouveau et aujourd'hui le malade marche très mal avec une très forte claudication.

OBSERVATION XLIII

DELORME. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1896, p. 367.

LUXATION ISCHIATIQUE ANCIENNE. — RÉSECTION. — MORT.

Homme de 24 ans ; au Congo français surveillait l'abattage de grands arbres le 23 février 1896, quand, sur le point d'être surpris par la chute d'un d'entre eux, il s'écarta brusquement, tomba dans un trou, et se sentit violemment frappé aux reins. Pas d'autres souvenirs.

Le membre inférieur droit était en flexion et rotation interne, les douleurs vives, la marche impossible.

Tentatives infructueuses de réduction trois jours après l'accident, puis huit jours plus tard, puis quelques semaines après, en tout six fois.

En juin, luxation ischiatique ; flexion, adduction, rotation interne, raccourcissement de dix centimètres. Tête dans la fesse, *absolument immobile*, aucun mouvement du membre. Cachexie palustre.

Le 9 juillet 1896, opération. Tentative de réduction infructueuse. Incision sur la tête, parallèlement aux fibres du grand fessier. Elle est mise à découvert ; on constate qu'elle est croisée par le tendon de l'obturateur interne ; on le sectionne. Abrasion de la tête avec le ciseau de Mac Ewen, par tranches et en arrondissant la surface de section (tête dans une cavité néoformée). La cavité cotyloïde est complètement bouchée par un plan fibreux, lisse et régulier, très adhérent au pourtour et au fond. « Après l'avoir désinséré de l'os iliaque avec le bistouri ou la rugine, et dégagé

du fond de la cavité avec le détache-tendon, en ménageant avec soin le cartilage, je l'abrasai à mesure, avec de forts ciseaux. La cavité cotyloïde avait gardé sa forme et sa profondeur ».

Tentatives de réduction impossibles, jusqu'à ce qu'on ait sectionné au ciseau et abrasé un pont osseux, des dimensions du pouce, qui unissait la base du côtel à la partie inférieure de la cavité cotyloïde.

Pour mettre la cuisse en bonne position il faut encore imprimer au membre des mouvements dans tous les sens; mouvements qui s'accompagnent de crépitation.

Sutures, drainage, pansement salolé, gouttière en zinc.

Le soir, agitation, 38°, pouls petit. La nuit, subdélire; le lendemain matin, 37° 8; le lendemain soir, 40°; pouls 160. On regarde la plaie qui est en excellent état; brusquement la respiration s'embarasse, le pouls devient imperceptible, les pupilles se dilatent. Malgré des soins énergiques, le malade meurt en dix minutes (rappelant la fin, en collapsus, des accès palustres pernicieux).

Nécropsie de la hanche : énorme masse osseuse, située à la face antérieure de l'articulation, s'étendant de l'os iliaque au fémur, englobant le psoas. Si l'opéré avait survécu, le résultat eût été excellent au point de vue de la rectitude du membre et du raccourcissement qui aurait été nul; mais l'ankylose eût été certaine.

OBSERVATION XLIV

JACOB, — *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1900-1901, t. IV, p. 329.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — TENTATIVE DE RÉDUCTION SANGLANTE. — RÉSECTION D'UNE PORTION DE LA SPHÈRE FÉMORALE.
— RÉDUCTION DU RESTE.

P. C..., soldat, 24 ans, dans la nuit du 1^{er} janvier 1901, mit le pied dans un trou et tomba dans un fossé

de 40 ou 50 centimètres. Une violente douleur dans la hanche gauche lui fit perdre connaissance. Quand il revint à lui, il ne put se relever ; le matin, il fut porté à l'hospice civil voisin, où les médecins reconnurent une luxation de la hanche qu'ils ne purent réduire. Le malade fut reconduit chez lui, puis à l'hospice mixte du Puy, où de nouvelles tentatives de réduction furent infructueuses.

Le 24 mars 1901, 83 jours après l'accident, il entre à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

Le malade est pâle et amaigri.

Luxation iliaque typique de la hanche gauche. Adduction, rotation en dedans, raccourcissement de 6 cm. On sent la tête fémorale à travers les fessiers atrophiés ; on peut la refouler en haut, mais non l'abaisser.

Le trochanter dépasse la ligne Roser-Nélaton de 6 cm. ; le triangle de Scarpa est vide.

Atrophie marquée du membre inférieur gauche. Pas de douleurs. Marche impossible, même avec des béquilles. Mouvements spontanés à peine ébauchés. Mouvements provoqués : rotation interne, exagérée ; adduction et flexion limitées ; adduction et rotation externe impossibles.

Le 27 mars, tentative de réduction sous chloroforme, sans succès.

Extension continue pendant quinze jours (le jour 12 à 15 kilog.) ; elle diminue le raccourcissement de 1 cm.

Opération le 12 avril. Incision de Langenbeck de 12 cm. environ. On écarte les faisceaux du grand fessier et on arrive sur la tête, bridée en avant et en haut, par le bord postérieur du moyen fessier ; celui-ci est partiellement désinséré et récliné en avant. La tête et le col sont alors bien exposés ; le col est enserré, comme dans une boutonnière, par une masse fibreuse qui est formée par le tendon du pyramidal et les débris de l'obturateur interne.

Cette masse fibreuse est incisée suivant l'axe du col, puis ruginée en avant et en arrière, ce qui découvre le col. Le

doigt, insinué derrière la tête, arrive à sentir le rebord cotyloïdien postérieur.

On essaie de réduire, en faisant tirer sur la cuisse en flexion à angle droit, abduction et rotation externe, et refoulant directement la tête. Il reste un segment de 2 cm. en arrière du rebord. *Ce segment seulement* (2 cm. d'épaisseur, représentant moins de la moitié de la surface cartilagineuse) est réséqué à la scie et au ciseau ; les bords de la section sont abrasés à la pince-gouge.

On arrive alors à libérer péniblement, avec la rugine courbe, la cavité cotyloïde, complètement remplie par du tissu fibreux très adhérent, restes de la partie antérieure de la capsule.

Réduction par traction sur la cuisse placée en flexion à angle droit, puis abduction et rotation externe ; la tête rentre en produisant le claquement d'une réduction ordinaire.

Le membre est placé en extension, abduction et rotation externe ; suture au catgut de la capsule ; suture des muscles profonds, suture du grand fessier, suture cutanée au crin de Florence. Drainage.

L'opération a duré trois quarts d'heure.

Suites simples ; drain supprimé le dixième jour, réunion parfaite. Le 5 mai, mobilisation très douloureuse ; le 15 mai, le malade essaie de marcher avec des béquilles ; la hanche et le genou sont raides et douloureux. Massage, douches, électrisation.

Trois mois après (11 juillet 1901), la radiographie montre le moignon capito-cervical dans la cavité cotyloïde ; il y est solidement fixé. Le malade peut se tenir debout sur le membre inférieur seul. Pas de raccourcissement.

Mouvements provoqués presque normaux, dans tous les sens. Mouvements spontanés moins étendus, mais s'améliorant constamment. Le malade marche sans boiter, avec une seule canne ; il reste debout toute la journée, il peut s'asseoir.

L'atrophie a diminué à la fesse et à la cuisse ; celle de la jambe a disparu.

OBSERVATION XLV

M. GANGOLPHE (inédite).

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE. — RÉSECTION PARTIELLE DE LA TÊTE
FÉMORALE. — REPOSITION DU MOIGNON.

M. X..., 23 ans, étant en route, le 10 septembre 1901, par une nuit très noire, descendit de voiture, pour mener le cheval par la bride ; après quelques pas, il s'enfonça dans le contrebas du chemin, le cheval le suivit, et cheval et voiture lui passèrent sur le corps. Il sentit une violente douleur dans la hanche gauche, ne put se relever, et fut transporté chez lui. La luxation fut aussitôt diagnostiquée, et un médecin fit des tentatives de réduction, sans anesthésie.

Quelques jours plus tard, le même médecin et un confrère firent de nouvelles tentatives, après anesthésie profonde. On crut avoir réduit la luxation ; on immobilisa le malade au lit pendant une quinzaine de jours ; quand il voulut se relever, il souffrait de la hanche et boitait.

Le malade fut adressé à M. Gangolphe, qui le vit à la fin d'octobre 1901. Sujet vigoureux.

Il existe une luxation iliaque gauche évidente ; raccourcissement de 8 cent., adduction considérable, flexion, rotation interne. Pas de paralysie du membre inférieur, atrophie considérable des muscles de la fesse et de la cuisse. La tête est sentie facilement dans la fosse iliaque, elle est mobile, mais ne peut pas être abaissée ; elle est très élevée, au voisinage de la crête iliaque.

Le malade ne souffre pas au repos, mais il ne peut s'appuyer sur son membre luxé sans ressentir des douleurs dans la région de la tête fémorale. Il ne peut absolument pas marcher.

Le 6 novembre, M. Gangolphe, après anesthésie profonde,

fait une tentative de réduction par les manœuvres classiques : circumduction, puis flexion, traction, rotation en dehors et abduction ; on peut amener la tête près de la cavité cotyloïde ; il est impossible de la faire rentrer.

Le malade est mis en gouttière ; les jours suivants, gonflement et ecchymose de la fesse gauche, la température s'élève jusqu'à 39° un soir. Aussi le malade est-il laissé au repos pendant un mois.

Le 13 décembre 1901, intervention sanglante, après désinfection soigneuse de toute la région et des deux membres inférieurs. Anesthésie à l'éther.

Premier temps : incision antérieure. On passe entre le couturier et le droit antérieur. On arrive sur une masse fibreuse recouvrant le bassin, et où il est impossible de reconnaître la cavité cotyloïde ; pour la trouver, il faut *chercher l'épine iliaque antéro-inférieure, qui sert de point de repère*, et aller immédiatement au-dessous. A ce niveau, incision cruciale des tissus fibreux qui remplissent complètement la cavité, excision à la pince et aux ciseaux de parties dures ; malgré tout, on ne peut arriver à nettoyer complètement la cavité : le déblayage reste imparfait.

Pas d'hémorragie.

2^e temps. Incision postérieure sur la tête luxée ; longue incision, légèrement angulaire, à sinus antérieur, dans la direction des fibres du fessier. On écarte celles-ci et arrive sur la tête fémorale, qu'on libère ; elle est saine, non fracturée ; le cartilage est un peu rugueux, le ligament rond arraché. Pour rendre possible la réduction, M. Gangolphe se décide à en diminuer le volume, et fait une résection partielle au couteau ostéotome, à la scie, puis au ciseau et au maillet. Ce temps est laborieux, vu la dureté de l'os. On enlève ainsi la plus grande partie de la sphère fémorale, arrondissant un peu la tranche de section, de façon à former une sorte de coin qui pourra pénétrer dans la cavité cotyloïde.

3^e temps. Il faut maintenant faire la réduction ; or, si l'on

introduit un doigt dans chaque plaie, on constate qu'une épaisse couche les sépare, formée par un mélange de tissus fibreux et musculaire intimément fusionnés. Une sonde cannelée est introduite dans cette masse ; on fait sur elle une prudente incision qu'on agrandit au dilatateur-gouttière, manié énergiquement. Il est alors possible, grâce à une traction vigoureuse, faite sur le membre par deux aides, de faire passer par cette brèche le col du fémur et de replacer celui-ci dans la cavité cotyloïde.

Immédiatement, la position du membre devint parfaite, la longueur normale ; mais le fémur avait des tendances à se déplacer de nouveau.

On met une mèche de gaze et un drain dans l'incision antérieure, on ferme le reste. On fait une contr'ouverture postérieure dans la fesse, par laquelle on passe deux drains en canon de fusil et une grosse mèche de gaze qui va tamponner la cavité où se trouvait la tête. On suture complètement l'incision postérieure.

L'opération avait duré près d'une heure et demie.

Pansement. Gouttière de Bonnet, traction de quatre à cinq kilog.

Suites opératoires très simples : pas de température, un peu de shok le premier jour. Les plaies suintent abondamment, néanmoins, on n'est pas obligé de refaire le pansement avant le douzième jour ; on enlève alors les mèches, laissant les drains. Cicatrisation des plaies au bout d'un mois et demi, sauf les ouvertures de drainage.

Le malade est maintenu étendu, avec des tractions continues, pendant trois mois.

En mars 1902, le blessé prend la grippe, a des furoncles sur tout le corps ; puis, au bout de quelques jours, apparaît autour des plaies de drainage, un érysipèle qui s'étend ensuite à tout le membre inférieur. Formation d'un petit abcès au mollet.

Par cette complication, la convalescence est retardée de deux mois.

Néanmoins, en mai 1902, le malade se lève avec des béquilles. M. Gangolphe ne lui permet pas de s'appuyer sur son membre gauche. On fait de la mobilisation et du massage.

Actuellement (juin 1902), l'attitude est parfaite: il n'y a qu'un raccourcissement insignifiant (1 c. 1/2); la hanche présente des mouvements passifs assez étendus pour que le malade puisse s'asseoir. Peu de mouvements actifs. Il se lève, marche avec des béquilles et un tuteur, et est très satisfait de son état qui va en s'améliorant constamment.

Manuel opératoire

Nous étudierons en premier lieu ces observations au point de vue du manuel opératoire. D'abord, on peut dire que ce sont des opérations longues, difficiles et pénibles, surtout si des tentatives de réduction sont faites ; mais à la différence de la reposition sanglante, l'intervention peut toujours être menée à bien par une résection plus ou moins large. Pour ce dernier point, l'étendue de l'ablation osseuse, c'est en nous occupant des résultats fonctionnels que nous aurons à l'étudier de plus près.

Comment les divers opérateurs ont-ils abordé la hanche ? Il faut séparer évidemment les luxations postérieures des antérieures. *Les postérieures* constituent 24 observations sur 28 : ce sont des luxations iliaques, sauf 3 ischiatiques (Delagarde XVIII, Bruns XX et Delorme XLIII). L'incision diffère un peu suivant le but que s'est proposé l'opérateur : s'il veut simplement réséquer, sans chercher une reposition qu'il juge inutile ou

impossible, l'incision porte sur la tête luxée ; elle est faite dans la fesse, parallèlement aux fibres du fessier qui sont écartées, et l'on arrive facilement sur l'extrémité fémorale qui est dénudée et réséquée plus ou moins largement. C'est le manuel opératoire qui a été suivi dans 8 cas (Delagarde XVIII, Bruns XX, S. Jones XXII, Niehans XXIII, Margary XXIV, Weinlechner XXVI, Dumont XXXI, Paci XXXII) ; l'opération ainsi faite est plus simple, moins traumatisante, mais aussi moins satisfaisante à tous points de vue.

Dans les seize autre cas, au contraire, le but qu'a poursuivi le chirurgien a été la reposition sanglante, et c'est après l'avoir tentée et trouvée impraticable qu'il s'est décidé à faire le sacrifice de la tête : la résection n'est alors que l'aboutissant forcé d'une reposition impossible. Or, les causes de cette impossibilité ont été différentes.

Dans trois cas, ce fut la *rétraction musculaire* qui ne put être vaincue, et obligea, pour remettre l'extrémité fémorale en face du cotyle, à raccourcir l'os ; ce sont les cas de Severeano (XXVII), de Nélaton (XXXV), et de Kaufmann (XXVIII) ; dans le cas de Nélaton, la luxation datait de dix-huit mois, une incision assez antérieure avait permis de libérer l'acetabulum et de le recreuser : la tête ne put y être amenée ; dans celui de Kaufmann, où la luxation ne datait pourtant que de trois mois, l'incision faite sur le trochanter n'avait pas permis un nettoyage complet du cotyle ; aussi la tête fémorale, amenée à son niveau, ne put être complètement réintégrée, et on

dut la sacrifier pour corriger la flexion de la cuisse sur le bassin.

Bien plus souvent, c'est parce que l'on ne put pas arriver à *dégager la cavité cotyloïde* du tissu fibreux qui la remplissait, que l'on fut poussé à la résection. Volkmann (XIX) et Schönborn (XXXIII), après avoir découvert la tête par une incision fessière, ne purent réduire et réséquèrent. Les autres cas (Nicoladoni XXV, Quénu XXIX, Bruns XXX, Ricard XXXVI, d'Antona XXXVII, Jacob XLIV), sont presque calqués les uns sur les autres ; on fait une incision postérieure, se rapprochant plus ou moins de l'incision de Langenbeck pour la résection ; on met à nu facilement la tête et le col ; mais, quand on veut arriver à la cavité cotyloïde, ces parties osseuses vous barrent complètement la route ; rien de plus naturel, d'ailleurs, car c'est la partie antérieure de la capsule, avec le ligament de Bigelow, qui sont venus adhérer au rebord cotyloïdien ; et si l'on aborde l'articulation par sa face postérieure, le fémur est fatalement interposé entre les obstacles ligamenteux et l'opérateur.

Aussi celui-ci a-t-il été conduit, soit à une résection de la tête, permettant de voir l'acétabulum, et de le nettoyer facilement, soit tout au moins, comme Jacob, à l'excision d'un segment de la sphère fémorale, pour pouvoir passer une rugine par cette échancrure, et désinsérer péniblement les tisseux fibreux du cotyle. C'est donc, dans la majorité des cas, parce qu'une incision trop postérieure n'a pas permis la désinsertion de la cap-

sule, qu'on a été conduit à réséquer la tête du fémur.

Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de M. Gangolphe (XLV), dans laquelle une incision antérieure, semblable à celle conseillée par M. Rochet pour le résection, permit au contraire d'arriver facilement sur la région cotyloïdienne ; mais l'acetabulum était à tel point déformé, que son nettoyage complet fut impossible, et qu'il fallut, en quelque sorte, tailler sur son modèle l'extrémité fémorale.

Enfin, dans les trois derniers cas, des *lésions osseuses* ont empêché la réduction. Bloch (XXXIV) qui avait également nettoyé l'acetabulum par une incision antérieure, ne put ramener la tête, parce qu'une fracture incomplète du col, la rendait indépendante des mouvements imprimés au fémur. Dans l'observation malheureuse de Delorme (XLIII) d'énormes ostéophytes du psoas s'opposèrent à toute reposition ; enfin, Kirmisson (XXXIX) dut régulariser une tête fémorale déformée par un séjour de 4 ans hors de sa cavité articulaire ; il termina, du reste, par une véritable reposition.

Restent les *luxations en avant*, quatre observations. Ici, l'incision a toujours été pratiquée à la face antérieure de la cuisse. Mac Cormac (XXI) et Ostermayer (XLI) incisèrent sur le trochanter luxé, et, voyant l'acetabulum effacé ou la tête trop fixée, firent, sans tenter de réduire, une résection à ce niveau ; dans ce dernier cas, l'ablation de la tête fut particulièrement laborieuse. Tillaux (XL) fit une incision plus interne, le long du tendon du grand adducteur, et

arriva directement sur la tête luxée ; ne pouvant la mobiliser, il la résèque et le col va se placer facilement en face de la cotyloïde. Enfin, nous n'avons pas de détails sur l'opération de Walther (XLII).

Au point de vue des muscles, les premiers opérateurs s'en soucièrent peu, ils coupèrent ceux qui gênaient ; plus tard, on y mit plus de forme, et on tâcha, soit de passer dans leurs interstices, soit de faire la désinsertion sous-périostée : il est certain que ce dernier mode est bien préférable.

Nous étudierons d'ailleurs, plus en détail, toute cette question de manuel opératoire, à propos de la reposition sanglante.

Résultats.

Nous allons étudier maintenant les *résultats* de la résection. Quelles sont les suites opératoires ? Sur 28 observations, nous avons un résultat immédiat et éloigné inconnu (Reynier XXXVIII), 4 morts et 23 guérisons opératoires ; on voit que l'opération est grave, car une mortalité de $1/7$ est loin d'être négligeable, quand on s'adresse à des sujets porteurs d'une infirmité et non d'une maladie organique. De ces quatre morts, deux (Niehans XXIII et Schönborn XXXIII) ont été attribuées à une intoxication médicamenteuse, par le carbol ; une autre, (Bruns XXX) est due à l'infection, enfin celle de Delorme (XLIII) semble attribuable au shok opératoire chez un sujet cachectisé par le paludisme ;

quoiqu'il en soit, toutes sont directement imputables à l'acte opératoire lui-même. Parmi les autres observations, sept mentionnent une suppuration plus ou moins longue ; les seize autres ont guéri assez rapidement.

Ce grand nombre de suppurations, ainsi que la gravité de l'intervention et la profondeur de la jointure, doivent faire poser en règle absolue dans tous ces cas, *un large drainage* ou même un *pansement à plat, sans sutures*, afin d'éviter dans la plaie anfractueuse, toute rétention sanguine, prompte à se transformer en abcès.

Plus intéressante et plus importante aussi est l'étude des *résultats éloignés*, au point de vue fonctionnel ; malheureusement quelques observations sont incomplètes ou peu détaillées sur ce sujet. Il semble néanmoins qu'on puisse arriver à une conclusion. Il faut diviser ces opérations en trois groupes principaux :

1^o La section osseuse a porté au niveau du trochanter ou à la base du col : résection sous-trochantérienne (Mac Cormac XXI, et Dumont XXXI) ou sous-cervicale (Delagarde XVIII, Quénu XXIX, Bruns XXX, Bloch XXXIV, d'Antona XXXVII, et Ostermayer XLI). Dans ces huit cas, on n'a laissé que la tige fémorale elle-même.

2^o La section a porté au milieu du col ou à son extrémité distale ; c'est le plus grand nombre des cas, soit treize observations.

3^o Enfin on n'a enlevé qu'une partie de la tête

(Ricard XXXVI, Kirmisson XXXIX, Tillaux XL, Gangolphe XLV).

Dans ces deux dernières classes, on a laissé un moignon cervical, ou capito-cervical plus ou moins considérable, créant ainsi des conditions beaucoup plus favorables à la statique de la nouvelle articulation.

Dans le premier groupe de cas, le raccourcissement a toujours été très considérable ; néanmoins, le résultat final n'est pas mauvais ; le meilleur est celui de Bloch (XXXIV) qui se termina par une ankylose complète en bonne position, laissant un membre excellent. Il semble que ce soit, dans les cas de résection large, le but à se proposer, l'ankylose complète étant, pour la hanche, bien supérieure fonctionnellement à une mobilité exagérée, donnant un *membre ballant*, sur lequel le malade ne peut pas s'appuyer dans la marche.

Dans le second groupe, nous pouvons faire une constatation analogue ; lorsqu'on s'est contenté de la simple résection de la tête du fémur, ou qu'après avoir nettoyé plus ou moins complètement la cavité cotyloïde, on n'a pu y replacer le col, le résultat immédiat a pu sembler bon, mais, tardivement, la fonction a été, en général, assez mauvaise ; Kirn nous dit qu'un an plus tard, l'opéré de Nicoladoni (XXV) marchait avec un bâton, mais en boitant fortement et « certainement pas mieux qu'un sujet porteur d'une luxation non réduite ». De même, le malade présenté par Walther (XLII) avait, quatre ans après, un trochanter remonté, mobile, et présentait une forte

claudication ; il en fut de même de celui de Nélaton (XXXV). Dans la plupart de ces cas, surtout s'il n'y a pas eu de suppuration, le col ne se fixe pas solidement au bassin et, plus tard, il remonte progressivement, ne donnant pas au corps un point d'appui solide.

Lorsqu'au contraire, un certain degré d'ankylose a suivi l'opération, le résultat fonctionnel a été meilleur ; les opérés de Weinlechner (XXVI) et de Kaufmann (XXVIII) ont suppuré ; ayant échappé aux dangers de cette complication, ils en ont bénéficié, et ils ont eu un membre peu mobile, mais assez bon. De même, dans le cas de Volkmann (XIX), un assez heureux résultat accompagnait une très faible mobilité de la hanche.

Enfin, lorsque la tête du fémur n'a été que partiellement abrasée, le retour à la fonction a été presque parfait, et les résultats de Ricard (XXVI), de Kirmisson (XXXIX), de Tillaux (XL), de Jacob (XLIV), sont vraiment remarquables ; de même, celui de M. Gangolphe (XLV) s'annonce comme devant être excellent de tous points. Dans tous ces cas, en effet, on a obtenu une jointure en même temps *solide* et *mobile*.

On peut donc nettement séparer la résection vraie, où l'ankylose doit être cherchée, pour gagner en solidité ce qu'on perdra en mobilité, et la résection incomplète, avec reposition du moignon osseux, dans laquelle on pourra obtenir une néarthrose solide et mobile, et un excellent résultat fonctionnel.

De ces considérations, découlent évidemment des différences au point de vue du traitement post-opératoire ; nous croyons que dans la plupart des résections, c'est l'immobilisation prolongée qui devra être appliquée, laissant la mobilisation précoce uniquement aux cas où l'on aura pu réintégrer une tête fémorale à peine modifiée.

Enfin, signalons le danger que présente la résection chez les enfants, au point de vue de la croissance du membre. On l'a pratiquée deux fois : Sydney Jones (XXII), sur un enfant de 5 ans ; quatre ans après la fonction était bonne, mais le membre beaucoup plus court que l'autre ; quant à Margary (XXIV), il ne nous dit rien du raccourcissement ultérieur.

CHAPITRE V

Reposition sanglante.

Il est bien évident que la reposition sanglante est l'opération idéale pour la cure d'une luxation irréductible, et, théoriquement, tout au moins, c'est elle qui doit donner le résultat le plus parfait, permettant au chirurgien de remettre l'articulation presque dans son état normal. En un mot, c'est l'opération *curative*, les autres ne pouvant être forcément que palliatives.

Pour les diverses autres jointures que la hanche, la réduction par arthrotomie ou reposition sanglante (termes absolument synonymes) a été pratiquée depuis assez longtemps ; pour le pouce et pour l'épaule, notamment, depuis le commencement du XIX^e siècle ; au contraire, la profondeur de la hanche l'a mise à l'abri pendant longtemps contre toute tentative d'arthrotomie. Comme pour les autres jointures également, l'arthrotomie vraie a été précédée par une méthode moins audacieuse et moins parfaite,

la simple ténatomie sous-cutanée, qui fut proposée et pratiquée pour la hanche, par Hamilton, le premier. Il ne put réduire ; néanmoins, il ne condamne pas la méthode et pense que peut-être elle donnera de bons résultats dans d'autres cas ; il ne semble pas, cependant, qu'elle ait été fréquemment employée, du moins à l'état isolé. En France, dès 1868, M. Tillaux, dans une autopsie de luxation coxo-fémorale, avait constaté que la section de la capsule, déchirée et tordue, faisait cesser l'irréductibilité.

Nous avons vu, à propos de la résection, que Voikmann, en 1876, est le premier qui fit l'arthrotomie de la hanche luxée, avec l'idée de pratiquer la réduction sanglante ; il dut terminer par la résection. Mac Cormac suivit la même idée directrice et dut, aussi, réséquer. Le premier chirurgien qui réussit à pratiquer la réposition par arthrotomie est Polaillon, le 16 décembre 1882 ; il est vrai que la luxation ne datait que de dix-sept jours. Malheureusement, l'opéré mourut de gangrène gazeuse, et cet insuccès semble avoir découragé les chirurgiens français, car nous ne trouvons plus, après Polaillon, que le cas de Duret et les deux cas inédits de M. Chandelux ; par contre, en Italie, Vecelli pratiqua cette intervention avant 1887, et, plusieurs années auparavant, Fiorani avait déjà, à la suite d'expériences et de recherches cadavériques, décrit un manuel opératoire assez précis, applicable à la cure sanglante de ces luxations coxo-fémorales.

En Angleterre, nous trouvons un certain nombre de réductions sanglantes, mais c'est surtout en

Allemagne et en Suisse qu'a été pratiquée cette intervention, et récemment encore, les monographies de Engel, de Hœfliger, de Payr, venaient apporter de nouveaux documents à cette intéressante étude. Nous avons réuni toutes les observations que nous avons pu trouver de reposition sanglante dans des luxations traumatiques de la hanche ; nous n'avons pas cherché celles qui ont trait à des luxations pathologiques, et renvoyons pour l'étude de la reposition sanglante dans ces cas, au travail récent de M. Georges Gayet dans la *Revue de Chirurgie*, où il publie également une observation personnelle. Faisons remarquer, cependant, que parmi les observations qui suivent, deux, celles de Duret (LIII) et celle de Arb. Lane (LVI) nous semblent présenter plutôt les lésions de luxations pathologiques anciennes, sinon de luxations congénitales, que de déboitements traumatiques ; si, après hésitation, nous les avons comprises dans notre statistique, c'est qu'elles ont été publiées par leurs auteurs comme luxations traumatiques.

Nous donnerons d'abord l'observation de Hamilton, concernant une ténotomie, ensuite les observations de réductions par arthrotomies, ou repositions sanglantes, en suivant autant que possible l'ordre chronologique des opérations.

OBSERVATION XLVI

HAMILTON. — *Traité des fract. et des lux.* (trad. Poincot), p. 1095.

LUXATION ILIAQUE ANCIENNE, TÉNOTOMIE, SECTION SOUS-CUTANÉE
DE LA CAPSULE. — IRRÉDUCTIBILITÉ.

Thomas J..., 28 ans.

Luxation de la hanche gauche en haut et en arrière, datant de six mois (en luttant).

Rotation en dedans et adduction, raccourcissement de cinq centimètres. Tentative de réduction au moment de l'accident.

Nouvelle tentative inutile par Hamilton, sous anesthésie. Extension continue de vingt livres pendant quinze jours.

Nouvelle tentative sans succès. Introduction d'un bistouri long et solide, mais étroit (construit spécialement pour cette opération), immédiatement au-dessus du grand trochanter. La pointe fut conduite en dedans jusqu'à ce qu'elle fût arrivée sur le col, à la base du grand trochanter.

A partir de ce point, le tranchant de la lame étant dirigé vers la tête de l'os, la pointe fut glissée vers le haut jusqu'à la rencontre nette de la tête. La pointe dut appuyer sur le col dans toute l'étendue de ce dernier. Manœuvre faite, sans agrandissement de l'ouverture extérieure. Pendant l'incision des tissus fibreux, le membre fut maintenu dans la rotation en dehors et dans une abduction aussi complète que possible, et on le sentit céder, de telle façon que la rotation et l'abduction se firent d'une façon plus complète qu'avant. Le muscle tenseur du *fascia lata* fut divisé et les tentatives de réduction recommencèrent, mais sans succès.

OBSERVATION XLVII

POLAILLON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1883, p. 101.

LUXATION ILIAQUE DATANT DE 17 JOURS TRANSFORMÉE EN LUXATION OVALAIRE PAR DES MANŒUVRES DE RÉDUCTION. — REPOSITION SANGLANTE. — MORT.

B. . . , Jean, 46 ans, journalier, entre le 1^{er} novembre 1882, à la Pitié. Pas de maladies graves. Alcoolisme.

Le 31 octobre, il tomba du siège d'une voiture sur la hanche gauche, où il ressentit une vive douleur. Il ne put se relever et se fit aussitôt transporter à l'hôpital.

On constate : flexion, adduction, rotation en dedans ; le genou du côté malade croise légèrement le côté opposé. Fesse gauche élargie. On y sent la tête. Le grand trochanter est au-dessus de la ligne R. N.

Quelques mouvements passifs de flexion et adduction. Mouvements actifs impossibles. Raccourcissement de 2 centimètres.

Diagnostic : luxation iliaque gauche.

2 novembre. — Anesthésie, les tentatives de réduction : flexion, rotation en dehors, puis extension et abduction, transforment la luxation iliaque en luxation ovale. Douleurs assez vives.

7 novembre. — Anesthésie. Nouvelles tentatives avec tractions à 180 kilogs.

12 novembre et 20 novembre. — Mêmes tentatives avec M. Hennequin. On n'arrive pas à la résolution complète. Gonflement de la cuisse. Luxation ovale ; cuisse en extension, rotation en dehors, abduction. Allongement d'un demi centimètre. Atrophie musculaire.

16 décembre 1882. — *Operation*. Incision de 10 centimètres depuis l'E. I. A. I. On coupe l'aponévrose et les muscles. Le

cotyle est caché par des tissus fibreux; section des tissus fibreux. On peut alors introduire l'index entre le col du fémur et le sourcil cotyloïdien jusque dans la cavité libre. Vaines tentatives de réduction.

Désinsertion des muscles insérés au bord antérieur et à l'extrémité supérieure du grand trochanter; isolement du col, de la tête et des parties voisines.

Flexion forte de la cuisse sur l'abdomen, en même temps, mouvement de rotation en dedans, puis le membre est ramené à l'extension. Une légère traction suffit alors pour que la tête fémorale tombe naturellement dans la cavité cotyloïde

Suture. Drainage. Durée trois quarts d'heure.

Le soir 38°. Agitation, subdélire.

17 décembre. — Le matin 38°8, le soir 39°6. Quinine.

18 décembre. — Gaz fétides dans la plaie; on fait sauter les fils.

20 décembre. — Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — Gangrène gazeuse. La tête fémorale est dans la cavité cotyloïde et il faut faire effort pour l'en sortir. Capsule entièrement sectionnée ou déchirée, lambeaux adhérents au bourrelet cotyloïdien. Partie interne dépourvue de capsule. Tête fémorale saine.

OBSERVATION XLVIII

RIEDEL. — *Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1885, t. 1, p. 143, et
ENDLICH. — *Langenbeck's Archiv.*, 1898, t. LVI, p. 576.

LUXATION ILIAQUE GAUCHE, AVEC FRACTURE LONGITUDINALE DE LA TÊTE. — REPOSITION SANGLANTE. — ASSEZ BON RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.

Wilhelm P..., 15 ans, reçu le 17 décembre 1884.

Trois semaines auparavant, une lourde charrée lui avait

passé dessus; le malade ne pouvait pas dire dans quelle situation il était quand la roue l'avait atteint. Il dut être porté à la maison et resta sans traitement.

Etat à l'entrée : Raccourcissement réel à gauche de 5 centimètres. Le membre inférieur est en flexion et rotation interne. A cause d'une forte enflure de la fesse gauche, on ne sent la tête qu'indistinctement. A chaque mouvement, crépitation très forte; le membre est bien dans la position typique de la luxation, mais il n'est pas si mobile qu'habituellement.

Diagnostic : *Luxatio femoris cum fractura capitis aut acetabuli.*

19 décembre 1884. — Incision de Langenbeck, section du trochanter au ciseau. Les muscles écartés, on voit la tête en arrière de la cavité cotyloïde; mais elle ne bouge pas dans les mouvements de rotation. Un examen plus attentif montre qu'on a seulement sous les yeux la partie supérieure de la tête et du col, séparées par une fracture longitudinale. On enlève ce fragment, sur lequel est inséré le ligament rond déchiré. On voit alors que le reste de la tête a brisé, par son bord tranchant, la partie postérieure et supérieure du rebord cotyloïdien et est luxé dans la fosse iliaque. Après avoir abattu le rebord aigu de la tête, on essaie la réduction; d'abord empêchée par la résistance des adducteurs, elle finit néanmoins par être obtenue, grâce à une forte flexion et adduction. Raccourcissement de 2 centimètres; suture, drainage, appareil extenseur.

5 janvier 1885. — Plaie presque guérie; on laisse le drain; mouvements libres, dans tous les sens. 30 janvier: guérison. 6 février: le malade se lève, marche avec une canne; raccourcissement à peine apparent. Le malade est renvoyé. 27 mars: il se présente; articulation encore raide; il marche bien sans bâton.

D'après le Dr Overhamm, à Gaugelt, l'état de cet homme était le suivant, le 24 juin 1897, à l'âge de 28 ans: raccour-

cissement de cinq centimètres du membre inférieur gauche. La région du trochanter est un peu épaissie; l'opéré peut mouvoir sa hanche dans la marche, sans aucune douleur. L'abduction et la rotation sont très gênées. Le malade cache le raccourcissement de son membre par un abaissement du bassin, sans porter de semelle surélevée; ce n'est que quand il marche nonchalemment, qu'il boite d'une manière visible. Il peut marcher toute la journée sans douleur, et même faire six à huit heures de marche.

Récemment (16 février 1898) cet homme s'est présenté au Dr Müller-Aachen, à Louisen-Hospital; celui-ci a constaté ce qui suit: « Homme fort, bien portant; démarche solide avec une claudication à peine apparente; il peut marcher en tout temps, et monte sans peine les escaliers. Le membre inférieur gauche présente un raccourcissement réel de six centimètres, une légère rotation interne, pas de flexion. Il est plus maigre que le droit (cuisse, 7 cent.; jambe, 2 cent. de moins). Le trochanter, un peu épaissi, dépasse la ligne Roser-Nélaton de cinq centimètres. Au point de vue fonctionnel: mouvements actifs et passifs de flexion, depuis l'horizontale jusqu'à moins de 45°. De faibles mouvements de rotation, actifs et passifs, sont possibles; l'adduction et l'abduction se font par le bassin, non dans l'articulation. En somme, le résultat fonctionnel est très satisfaisant, le patient peut bien s'asseoir, quoique pas tout à fait au fond de sa chaise ».

OBSERVATION XLIX

VECELLI. — *Archivio di Ortopedia*, 1887 (cité par KIRN).

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (40 jours). — REPOSITION SANGLANTE.
BON RÉSULTAT.

Une femme fut écrasée par un mur qui s'écroula.

Luxation postérieure du fémur gauche. Luxation obturatrice à droite.

Après quarante jours, tentatives de réduction sans succès; alors Vecelli fit l'arthrotomie par la méthode de Fiorani. (Incision partant de la partie supérieure du trochanter, descendant sur une longueur de 8 cent. parallèlement au bord antérieur de cet os. Disséquant couche par couche, on arrive ainsi dans la profondeur du col du fémur; on sectionne l'insertion inférieure du ligament de Bigelow et on peut mettre le doigt dans la capsule articulaire. Si l'obstacle à la réduction est ainsi levé on fait des mouvements de réduction, mais sans forcer). Aussitôt que le ligament fut coupé, la réduction se fit très facilement, et la guérison suivit par première intention.

La luxation obturatrice ne fut pas touchée. Les résultats de l'opération furent excellents.

OBSERVATION L

(d'après DREHMANN).

LUXATION ILIAQUE (1 AN). — REPOSITION SANGLANTE. — BON
RÉSULTAT.

Homme, 21 ans. Soigné en 1888 pour une luxation iliaque datant d'un an. Claudication et douleurs dans la marche. Sous anesthésie, tentatives de réduction, qui furent renouvelées une semaine plus tard.

Reposition sanglante; incision longitudinale au-dessus du grand trochanter; détachement de la musculature de celui-ci. En écartant l'un de l'autre les bords de la plaie, la cavité cotyloïde fut libérée à l'aide de rugines tranchantes. Celle-ci était vide et d'aspect normal, jusqu'à une petite partie du bord cotyloïdien supérieur qui était fracturé. De la capsule, on ne pouvait plus différencier que la partie supérieure; elle était unie au col du fémur et au rebord cotyloïdien. A l'aide du manche d'un davier, la tête fut introduite dans la cavité

cotyloïde. Suture à la soie, drainage. Réunion par première intention jusqu'à l'orifice du drain.

Onze semaines après, le patient sortait de l'hôpital, capable de marcher avec une canne et une béquille. L'attitude était très bonne, la mobilité limitée, mais devenant constamment meilleure.

OBSERVATION LI

PARKES (d'après DREHMANN).

LUXATION ILIAQUE (5 MOIS).

Homme 30 ans. Luxation en arrière et en haut datant de cinq mois. Claudication forte et douleur à chaque pas. La tête était dans l'échancrure sciatique. Deux essais de réduction non sanglante furent faits sous anesthésie, sans résultat. Malgré l'emploi d'une grande force, pas trace de déplacement de la tête.

Quatre jours après, ouverture de l'articulation par une longue incision. Il fut difficile de trouver le cotyle, parce que de nouveaux ligaments le recouvraient, outre que les muscles se trouvaient par dessus. Il fallut faire une autre incision, transversale, pour mettre à nu cette partie. Après section en travers de tous les ligaments, il fut possible de curer le cotyle et de replacer la tête. Une mince exostose se trouvait dans les ligaments tout autour de la tête. La réduction fut obtenue avec beaucoup de peine, après avoir d'abord désinséré tous les muscles du grand trochanter et de l'extrémité supérieure du fémur, avec le couteau et la rugine. La réduction fut maintenue par l'extension; la plaie fut fermée à l'aide de sutures profondes et superficielles au catgut. Drainage.

Le malade se remit bientôt du shok de l'opération. Bonne cicatrisation de la plaie. Légère infection par les fécès, dans les évacuations à la suite d'un purgatif. Dix semaines

d'extension. Quatorze semaines après l'opération, le patient pouvait marcher sans béquilles. L'attitude du membre était normale. Les mouvements sont bons.

OBSERVATION LII

RIEDEL (*In ENDLICH, loc cit.*)

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (6 SEMAINES). — REPOSITION SANGLANTE.

— RÉSULTAT PARFAIT.

F... Albin, 5 ans. Entré le 26 octobre 1889. Sorti le 20 avril 1890.

Il y a cinq semaines, l'enfant fut accroché par une roue de voiture et traîné sur une courte distance par la jambe gauche. Aussitôt il ne put plus marcher ; enflure considérable de la hanche. Il resta au lit, le diagnostic de luxation ne fut pas fait.

A l'entrée : enfant vigoureux. Signes typiques d'une luxation iliaque gauche. La réduction par les méthodes ordinaires ne réussissant pas, le 6 novembre 1889, on pratique la réduction sanglante. Incision de la résection de la hanche. La tête, saine, est dans une nouvelle capsule. Aussitôt que les muscles trochantériens ont été sectionnés, on obtient facilement la réduction. La cavité cotyloïde est un peu plus petite que la tête, dont elle ne recouvre pas tout le cartilage. On allonge les adducteurs rétractés, par des mouvements forcés. Pas de sutures, pas de drain. La tête n'a pas grande tendance à abandonner la cavité cotyloïde. Pansement et extension continue.

Le 9 novembre, diphtérie ; isolement. Le 28 novembre, la diphtérie est guérie, la plaie granule bien. On peut produire une flexion de 10°, le membre est en abduction de 20° environ.

Le 19 mars 1890, mobilisation du membre sous anes-

thésie ; on déploie peu de force, dans la crainte de fracturer le fémur. Ensuite, massage quotidien et mouvements passifs du membre. Le 25 mars, le malade court ; il sort le 20 avril 1890 : le membre est en abduction de 15°. Les mouvements dans le sens de l'abduction et de l'adduction sont encore presque nuls, mais la flexion atteint 20°. La claudication est faible ; la cicatrice est presque linéaire. La tête est bien dans le cotyle.

Le 14 septembre, le malade se présente : le membre est encore en faible abduction ; flexion possible jusqu'à l'angle droit ; l'abduction et l'adduction laissent à désirer. L'enfant saute et court sans qu'on puisse voir le côté malade ; il est devenu gros et gras.

Le 24 mai 1891, l'enfant se présente à nouveau : le résultat peut être considéré comme *idéal* ; les mouvements d'abduction et d'adduction se font assez bien.

L'enfant mourut, quatre ans plus tard, de typhus. D'après sa mère, d'après ses frères plus âgés, l'enfant avait toujours été comme un enfant sain, montant aux arbres, sautant les fossés, ne souffrant jamais. En somme, il y avait eu *restitutio ad integrum*.

OBSERVATION LIII

DURET (*in* DENNETIÈRES, Th. de Paris, 1890-1891, p. 66).

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (3 ANS(?). — RÉDUCTION SANGLANTE. —
RÉSULTAT IMPARFAIT.

Gabrielle X..., âgée de 12 ans, entre, le 24 juin 1890, dans le service de M. Duret. Il y a 3 ans environ, à la suite d'une chute sur la hanche gauche, elle resta boiteuse ; son membre devint plus court et sa hanche déformée. Pas de traitement. Ces jours-ci, une nouvelle chute rend la marche encore plus difficile.

Examen. — Jambe gauche en flexion, adduction et rotation en dedans. Le bord interne du pied gauche repose à 2 cent. au-dessus de la malléole interne du côté opposé. Genou croise l'autre.

A la hanche, le trochanter, non hypertrophié, est saillant en avant et en dedans. Tête fémorale facilement sentie dans la fosse iliaque externe, peu mobile.

Mensuration : de l'E. I. A. S. à la malléole externe, à droite : 77 cent. ; à gauche : 70 cent.

La tête fémorale dépasse la ligne de Roser-Nélaton de 11 centimètres, le trochanter de 5 centimètres. Atrophie du membre malade. L'enfant marche en sautillant et en s'appuyant sur la pointe du pied gauche; elle se fatigue rapidement. Mouvements passifs faibles; l'extension complète est arrêtée par la rétraction des muscles antérieurs (droit antérieur et moyen adducteur); mobilisation sans douleur ni craquements.

27 juin. — Chloroforme. Un aide fixe le bassin, deux autres tirent sur la cuisse; M. Duret mobilise la cuisse en divers sens pour rompre les adhérences; craquements. Puis rotation en dehors et abduction; ensuite flexion et rotation en dehors. Aucun résultat; aussitôt arthrotomie.

Incision de douze cent., partant de la base du grand trochanter sur sa face externe et se continuant jusqu'à 2 centimètres au-delà de la tête articulaire.

Incision du grand fessier suivant la direction de ses fibres. On sépare ensuite le moyen fessier du pyramidal, puis on désinsère à la rugine les tendons du moyen et du petit fessier et les muscles pelvi-trochantériens.

La capsule est ainsi mise à nu; elle était très distendue, longue de 8 centimètres, mais saine. On l'incise, suivant son grand axe, et on tombe sur la tête articulaire, revêtue partout de son cartilage normal et ayant conservé partout son aspect lisse et poli; elle était un peu aplatie du côté qui regardait l'os iliaque, mais sans présenter d'autre lésion d'usure ou d'arthrite. Le ligament rond distendu, existe encore; le col

du fémur est un peu moins incurvé qu'à l'état normal ; le grand trochanter est un peu plus convexe en dehors. Après avoir libéré le col, on peut enfoncer le doigt dans la cavité cotyloïde et reconnaître que cette dernière est diminuée considérablement d'étendue par des masses fibreuses résistantes. La cavité nouvelle occupée par la tête, siège au-dessus et au dehors du sourcil cotyloïdien, dans la fosse iliaque, au lieu ordinaire des luxations iliaques. Là, le toucher permet de reconnaître une surface douce et tomenteuse. La capsule articulaire s'est distendue et élargie sans rupture ni torsion.

On essaya alors la réduction par la traction, abduction et rotation en dehors. On arrivait à réduire la luxation, mais elle ne se maintenait pas réduite, le membre étant remonté par le droit antérieur et le moyen adducteur rétractés. Ténotomie de ces deux muscles ; réduction facile.

Suture au catgut de la capsule fibreuse ; suture des muscles et du périoste ; suture cutanée. Pansement. Extension continue avec 3 kilog.

Guérison opératoire complète au mois de juillet. A chaque pansement des aides maintenaient la traction constamment ; les poids étaient remis ensuite ; on les laissa jusqu'au 28 août.

A ce moment, mobilisation de la hanche sous le chloroforme.

20 octobre. — La malade marche sans béquilles et sans sautellement, mais appuie sur la pointe du pied. Jambe et cuisse en bonne position. Mensuration : à droite 77 centimètres de l'E. I. A. S. à la malléole externe ; à gauche 73 centimètres : on a gagné 3 centimètres. La tête fémorale dépasse la ligne Roser-Nélaton de 8 centimètres et le trochanter de 2 centimètres.

L'extension complète est possible, la flexion va à l'angle droit ; il y a quelques mouvements de circumduction.

Equinisme, contre lequel on fait, à la fin d'octobre, une ténotomie du tendon d'Achille ; chaussure à semelle épaisse ;

il y a encore un peu d'oscillation dans la marche, mais la jambe et la cuisse sont dans une situation satisfaisante.

OBSERVATION LIV

HELPERICH. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, vol. XIX, p. 762.

LUXATION ILIAQUE GAUCHE. (18 JOURS). — REPOSITION SANGLANTE. — RÉSULTAT PARFAIT.

L. L..., 4 ans, était tombée en courant 14 jours auparavant. Elle ne put se relever, fut portée à la maison, souffrant de la hanche gauche. Pas de tentative de réduction.

Le père affirme nettement qu'avant l'accident l'enfant ne boitait pas, marchait et courait normalement. Depuis l'accident, la marche est impossible.

Entrée à la Clinique le 14 mai 1891. L'enfant se présente avec la cuisse gauche en flexion, adduction et rotation interne. Raccourcissement de 4 cent. (de l'E. I. A. S. à la rotule). Pointe du trochanter à 3 cent. au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Mouvements passifs douloureux et limités surtout dans le sens de l'abduction.

Anesthésie. — Par la traction on réduit le raccourcissement, qui se reproduit aussitôt, sans craquement.

Le 18 mai, reposition sanglante. Incision à un travers de doigt en dehors de l'E. I. A. S., commençant à ce niveau, descendant parallèlement au membre sur une longueur de 7 à 8 cent., c'est-à-dire entre le couturier et le tenseur du fascia lata. La cavité cotyloïde est découverte facilement, et apparaît normale et vide. La tête est en dehors, sous des ligaments préexistants ou néoformés. Section de ces ligaments interposés, qui recouvraient la tête et le col et les séparaient de la cavité cotyloïde (surtout reliquats de la capsule). Par des mouvements imprimés à la cuisse, cette ouverture s'élargit, de telle sorte que la tête, recouverte de cartilages intacts, put

passer, et la réduction fut faite par traction et rotation en dehors. Les mouvements étaient libres, mais la luxation se reproduisait dans l'adduction. Aussi, après fermeture de la plaie, sauf une petite boutonnière, le membre fut immobilisé en abduction.

Suites simples: 38° le soir de l'opération, ensuite, température normale. Le 25 mai on enlève les fils. Le 2 juin, la plaie est cicatrisée; on fait des mouvements passifs; pour corriger l'abduction, on met quelque temps une traction.

Le 10 juillet, quand l'enfant sort, elle peut marcher sans appui; les mouvements passifs sont un peu limités.

Deux ans après l'opération, l'enfant, grandie, est absolument normale. Le trochanter est à sa place; les deux membres ont la même longueur, la même circonférence; tous les mouvements actifs et passifs sont faciles. N'était la faible cicatrice, il serait impossible de se douter sur quel membre a porté l'opération.

OBSERVATION LV

CHANDELUX (Inédite.) — Recueillie par M. SIRAUD,
interne du service

LUXATION ISCHIO-PUBIENNE DE LA HANCHE GAUCHE, TRANSFORMÉE
EN LUXATION ILIAQUE PENDANT LES MANŒUVRES INFRUCTUEUSES
DE RÉDUCTION. — ARTHROTOMIE ET RÉDUCTION A CIEL-OUVERT. —
GUÉRISON. — TRÈS BON RÉSULTAT.

Le nommé R..., peintre-plâtrier, âgé de 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Philippe n° 8, le 19 décembre 1891, pour un traumatisme de la hanche gauche, datant de 25 jours.

Cet homme d'apparence robuste, ne présente dans ses antécédents aucune tare héréditaire, aucune maladie antérieure pouvant exercer une influence quelconque sur les suites de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Dans les derniers jours de novembre, ce jeune homme fit une chute, dans laquelle le genou gauche porta sur le sol, la jambe étant fléchie sous la cuisse, tandis que la jambe droite fléchie à angle droit, rencontrait le sol par la plante du pied. La cuisse gauche se trouvait en adduction légère et, au moment où le malade cherchait à se relever, reçut le choc du corps d'un de ses camarades, précipité comme lui, dont le poids porta sur la cuisse gauche.

Instantanément, douleur très vive au niveau de la hanche gauche et de la fesse du même côté, sans, d'ailleurs, sensation de déchirure ou de craquement. Le malade fut incapable de se relever seul. Aidé et soulevé par son collègue, il ne put rester debout et retomba à terre, en raison de la très vive douleur ressentie à la hanche gauche. Il se rappelle que, dans les efforts faits pour se tenir debout, la pointe du pied gauche était tournée en dedans et que la cuisse était légèrement fléchie, le membre droit étant, d'ailleurs, absolument indemne.

Transporté à son domicile, il garda le repos jusqu'au lendemain, jour où un rebouteur soumit, pendant un quart d'heure, le malade à des manœuvres de traction et de pression sur le membre inférieur traumatisé, et conseilla le repos et des frictions locales pendant huit jours. La prescription fut observée ; les douleurs locales, exaspérées d'abord par les manœuvres de force, s'apaisèrent progressivement. Au bout de ce délai, le malade se lève, mais il se maintient difficilement debout et est incapable de marcher. Quand il est debout, le membre malade garde une attitude vicieuse ; la cuisse, portée en avant, est un peu fléchie sur le bassin ; la jambe est fléchie à angle obtus sous la cuisse ; le pied est tourné en dedans et repose sur le sol par toute sa face plantaire. Les tentatives de marche n'aboutissent à aucun résultat, à cause des douleurs locales qu'elles éveillent à la hanche et de la sensation de faiblesse, d'impotence, que le malade éprouve dans le membre gauche.

Nouveau repos de dix jours au lit, après quoi le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Sujet fort, bien musclé, sans difformités physiques apparentes.

Le malade étant examiné couché, le membre inférieur gauche paraît allongé par rapport au droit. La cuisse est un peu fléchie sur le bassin et en abduction; elle ne peut être ramenée en extension complète. Le genou, même dans l'allongement forcé, reste un peu en flexion et en élévation. Il existe une dépression au niveau de l'articulation de la hanche gauche. Le malade élève assez bien le talon. Les muscles de la cuisse sont légèrement atrophiés. On ne constate aucune trace du traumatisme local.

La région inguino-crurale bombe un peu en avant et s'élargit transversalement; le pied est renversé légèrement en dedans. Abaissement du trochanter gauche.

Les mouvements de la cuisse, possibles sans grande douleur, se font avec une certaine difficulté, surtout si l'on essaye les mouvements forcés d'adduction et d'extension.

Debout, le malade se tient avec difficulté dans cette attitude; le membre inférieur gauche est porté en avant et en dehors, la cuisse un peu fléchie sur le bassin, la jambe également fléchie légèrement sur la cuisse.

Le pied repose sur le sol uniquement par sa pointe et le talon reste un peu élevé, sans prendre contact; léger degré de rotation interne.

Le bassin est légèrement incliné du côté du membre malade et infléchi en avant sur la cuisse. Abaissement du pli fessier gauche et aplatissement de la fesse.

La marche est à peu près impossible; le malade sautille sur le membre sain et ne prend sur le membre malade qu'un point d'appui intermittent et imparfait.

L'exploration des organes n'a rien révélé d'anormal; santé générale parfaite.

21 décembre 1891. — Couché sur le lit d'opération, le

malade est soumis à des tentatives de réduction qu'il supporte fort mal et auxquelles il se prête peu. Impossibilité de triompher des résistances que l'on rencontre.

Immédiatement, anesthésie à l'éther, après injection atropo-morphinique. Le membre malade est porté dans les attitudes successives de flexion forcée, d'extension, de rotation en dedans et en dehors, de circumduction, d'adduction. Tentatives réitérées pour faire rentrer la tête fémorale qu'on sent rouler au niveau du pli inguino-crural; elles restent infructueuses. D'ailleurs, dans les manœuvres forcées d'extension et d'adduction, cette tête échappe, passe en dessous de la cavité cotyloïde et glisse dans la fosse iliaque externe où on la sent bomber sous les fessiers.

Après un quart d'heure de tentatives inutiles, on se décide à l'intervention sanglante, la tête à ce moment se trouvant dans la position de la luxation iliaque.

Incision d'Ollier pour la résection de la hanche (Voir observation suivante), puis écartement des muscles et bientôt mise à découvert de l'acétabulum, coiffé par la capsule fibreuse, dure, rétractée, montrant une cicatrice qui réunit les bords de la déchirure à la partie postérieure. Incision de cette capsule, d'abord à son insertion sur la portion inférieure du sourcil cotyloïdien, puis longitudinalement, de façon à obtenir une ligne d'incision en forme de T. Alors un aide, pressant sur la tête fémorale et la propulsant d'arrière en avant, dans la direction de la cavité cotyloïde, on soumet le membre à des manœuvres de traction, d'abduction et de rotation en dehors, qui, plusieurs fois, ramènent la tête fémorale en position de luxation ischio-pubienne, puis iliaque, mais aboutissent finalement à sa réintégration dans la cavité cotyloïde, avec bruit caractéristique. Impossibilité de réunir les lèvres de la capsule fibreuse rétractée. Suture totale au fil métallique des bords de la section des plans musculo-cutanés. Pansement antiseptique. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet. Immobilisation des

membres inférieurs par des tours de bande enroulés autour des jambes.

22 décembre. — Suites simples de l'opération. T. M. : 37°9 ; S. : 38°4 ; quelques douleurs à la hanche avec irradiations au membre inférieur. Le malade exécute facilement les mouvements du pied.

23 décembre. — Bon état général. Aucune réaction fébrile. Plaintes de souffrances assez vives, irradiées au membre traumatisé. On enlève les tours de bande assurant la contention des jambes ; ils avaient exercé une constriction assez forte sur les téguments au-dessous du plateau tibial.

25 décembre. — Le malade se plaint de sentir sa jambe gauche paralysée ; les mouvements du pied et de la jambe ont disparu ; la contraction volontaire des muscles est impossible. Sensation de fourmillement le long de la jambe. Ulcération cutanée superficielle au niveau de la tête du péroné, paraissant due à la striction des liens. Œdème du membre inférieur. Séance d'électrisation pendant un quart d'heure ; conservation de la sensibilité et de la réaction musculaire.

30 décembre. — Persistance du même état local. L'état général est bon. Chaque jour, séance d'électrisation des muscles de la cuisse et de la jambe.

15 janvier 1892. — Amélioration des phénomènes parétiques ; le pied peut être fléchi et étendu en partie. Impossibilité néanmoins de détacher le talon. Les douleurs ont presque disparu.

20 janvier. — Le pansement est changé pour la première fois. Cicatrisation presque complète de la plaie ; les fils de suture sont enlevés. On imprime de légers mouvements à la hanche ; ils sont très douloureux et le malade, très pusillanime, se plaint vivement. Persistance jusqu'au-dessus du genou de l'œdème du membre inférieur.

7 février. — Amélioration notable des phénomènes de paralysie. Contractions volontaires des muscles sont possibles.

Mouvements spontanés, mais limités de la jambe et du pied. Massage, électrisation.

25 février. — Le malade se lève depuis deux jours et marche en se soutenant sur des béquilles. Le membre inférieur gauche est flasque, un peu atrophié, mais exécute assez facilement des mouvements de projection en avant, et en arrière. D'ailleurs, le malade les limite volontairement, en raison de douleurs qu'il dit ressentir à la hanche. Impossibilité de prendre un point d'appui sur le sol. Bains sulfureux massage, électrisation.

2 mars. — Le malade marche beaucoup plus facilement et commence à poser le pied sur le sol. Il peut sortir de la salle et se promener dans les cours. Le membre inférieur gauche a beaucoup plus de force par suite de l'augmentation de volume des muscles. Pas de déformation.

9 mars. — Le malade est autorisé à quitter l'hôpital. Marche facile avec une canne. Mouvements de la hanche revenus presque complètement *ad integrum*. État local bon.

15 mai 1892. — Toute trace de gêne dans la marche a disparu. Les mouvements de la hanche gauche ont acquis toute leur amplitude et s'exécutent aussi facilement que du côté sain.

OBSERVATION LVI

CHANDELUX. — (Inédite).

LUXATION ILIAQUE GAUCHE DATANT DE 37 JOURS. — INSUCCÈS DES TENTATIVES DE RÉDUCTION NON SANGLANTE. — ARTHROTOMIE ET RÉDUCTION A CIEL OUVERT. — MORT PAR CHOC OPÉRATOIRE 36 HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

Le nomme C..., cultivateur, âgé de 35 ans, entre à la salle Saint-Philippe numéro 14, le 20 août 1892, pour une luxa-

tion iliaque de la hanche gauche, consécutive à un traumatisme survenu il y a 37 jours.

Cet homme, robuste et vigoureux, se trouvait au sommet d'une meule de paille, le 15 juillet dernier, lorsqu'il fit une chute et tomba sur le sol, d'une hauteur de 3 mètres environ, le membre inférieur gauche replié sous lui. Il lui fut impossible de se relever ; on le transporta chez lui, et les seuls soins qu'il reçut furent ceux d'un rhabilleur qui le soumit à différentes manœuvres de massage et de traction.

La guérison n'ayant pas été obtenue dans les délais qui avaient été annoncés, le malade se fit conduire à l'Hôtel-Dieu où il fut admis à la salle Saint-Philippe, n° 14, le 20 août 1892.

A son entrée on constate tous les signes d'une luxation iliaque de la hanche. Le membre est en adduction avec rotation de la pointe du pied en dedans, en même temps qu'existent une flexion et un raccourcissement légers. Dépression manifeste au niveau de la région inguinale ; les doigts peuvent pénétrer profondément dans la zone qui, normalement, est occupée par la tête fémorale. On sent, d'ailleurs, celle-ci rouler très nettement sous les doigts, dans la fosse iliaque externe, lorsqu'on imprime au membre des mouvements un peu étendus de flexion communiquée.

22 août 1892. — Tentatives de réduction non sanglante. Anesthésie au chloroforme. Dix minutes d'inhalation sont nécessaires pour obtenir la résolution musculaire. De fortes tractions sont exercées sur le membre par plusieurs aides et l'on cherche, en même temps, à lui imprimer des mouvements de flexion forcée, d'abduction et de rotation en dehors, pour obtenir la réintégration de la tête dans la cavité cotyloïde. Ces manœuvres, prolongées pendant un quart d'heure, restent sans résultat ; d'ailleurs, au moment où elles allaient prendre fin, le malade éprouva de graves accidents d'anesthésie, caractérisés par des phénomènes d'apnée et d'asphyxie qui persistèrent pendant huit minutes et cessèrent seulement,

grâce à la respiration artificielle établie par l'insufflation de bouche à bouche.

Les mouvements respiratoires étant redevenus très réguliers, le pouls n'indiquant aucune faiblesse du cœur, il fut décidé, en raison de l'insuccès des tentatives de réduction, de recourir à la reposition sanglante de la tête dans sa cavité.

Je pratiquai, afin d'arriver sur la cavité articulaire, l'incision d'Ollier pour la résection de la hanche; c'est-à-dire qu'après avoir fléchi le membre de 135 degrés environ, je commençai le trait supérieur de cette incision à quatre travers de doigt en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure, et à quatre travers de doigt également au-dessous de la crête iliaque. Cette incision, dirigée dans le sens des fibres du grand fessier, suit, à partir de la partie postéro-supérieure du grand trochanter, le bord postérieur de ce dernier. Elle présente donc, dans son ensemble, une ligne brisée à angle obtus de 135 degrés environ dont le sinus est ouvert en avant.

Les fibres musculaires étant écartées ou divisées, j'arrive sur le plan osseux, sans pouvoir découvrir la cavité cotyloïde qui est masquée par le col fémoral. Afin d'arriver à la rendre accessible, je fais exercer sur le membre inférieur, toujours fléchi à 135 degrés, une forte propulsion en haut, destinée à amener l'ascension du col, en même temps que les deux mains d'un aide, le saisissant à sa racine, l'attirent vigoureusement en dehors pour écarter du plan osseux coxal la tête et le col du fémur.

Cette manœuvre dégage la cavité cotyloïde qui devient abordable. La capsule articulaire rétractée la recouvre; je la sectionne dans le sens de la longueur d'abord, puis je la détache à son insertion sur le sourcil cotyloïdien, sur une petite étendue de chaque côté de l'incision précédente, de façon à obtenir une ligne d'incision ayant la forme d'un T. Il est facile d'introduire le doigt dans la cavité et, en le promenant sur toute la surface interne de la capsule articulaire, on constate que celle-ci n'offre point de solution de continuité. Les lèvres de la déchirure produite au moment

de la chute et de l'issue de la tête fémorale se sont donc cicatrisées et c'est par le fait de l'occlusion de cet orifice que se trouve réalisée l'irréductibilité.

Quelques faisceaux fibreux de nouvelle formation sont sectionnés au niveau du col et de la tête qui sont ainsi rendus complètement libres; puis, en exerçant des mouvements de flexion, d'abduction et de rotation en dehors du membre, combinés à une propulsion de la tête avec les doigts, dans la direction du cotyle, on obtient aisément la réduction.

Par suite de la rétraction de la capsule fibreuse, il n'a pas été possible de suturer au-devant du col et de la tête les lèvres de sa section opératoire.

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée pour arrêter une hémorragie veineuse assez abondante, après mise en place de deux gros drains de caoutchouc. Réunion partielle à deux plans, l'un musculaire, l'autre cutané, de la plus grande partie de la plaie opératoire. Pansement antiseptique. Le malade est placé dans une grande gouttière de Bonnet.

Le soir de l'opération, l'état du malade est bon. T. : 38°6, pas d'hémorragie, quelques nausées.

Le lendemain matin : T. : 37°8, nuit assez bonne.

Le soir à six heures : T. : 38°3, un peu de faiblesse, malaises et nausées.

A dix heures du soir anxiété, oppression vive, dyspnée de plus en plus forte et mort à dix heures et demie.

L'autopsie n'ayant pas pu être faite, il est difficile de savoir si la mort a été déterminée par une embolie ou si elle a été la conséquence du choc opératoire. Cette dernière hypothèse paraît néanmoins la plus probable, en raison des graves accidents survenus au moment de l'anesthésie.

OBSERVATION LVII

KUSTER (in RUDOLF VOLKMANN, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1893, p. 373).

LUXATION ILIAQUE DROITE (7 SEMAINES). — REPOSITION SANGLANTE
DANS UNE CAVITÉ CREUSÉE. — RÉSULTAT PARFAIT.

Conrad W..., 9 ans, est tombé, il y a sept semaines, d'un arbre de 2 m. 1/2 de haut. Il entre le 19 septembre 1892, à la clinique de Marburg (prof. Küster). Le membre inférieur droit est raccourci de 5 centimètres, en adduction et rotation interne. L'enfant ne pouvait marcher que péniblement, avec des béquilles, et souffrait beaucoup. Une tentative de réduction sous anesthésie resta infructueuse; on se décide à l'opération sanglante.

Le 23 septembre, éthérisation. Incision de Hoffa pour la luxation congénitale. Mise à nu de la tête et du col; on trouve la tête enfermée dans une capsule articulaire néoformée très complète, dont l'incision donne issue à de la synovie claire. La capsule est composée de solides ligaments, elle est lisse en dedans, et ne présente aucun ostéophyte. Section de tous les muscles du grand trochanter et de tous les ligaments tendus; libération de la tête et du col jusqu'au petit trochanter. Dans les tentatives faites pour mettre la tête fémorale en dehors, on trouve un ligament rond qui est quelque peu plus court et plus épais que normalement, et qui va de l'ancienne insertion fémorale au fond de la capsule de nouvelle formation.

La tête, déjà presque libérée, est solidement retenue par ce ligament rond; on le coupe; la tête fémorale est bien revêtue de cartilage, et non déformée. L'ancienne cavité cotyloïde est presque complètement remplie par une masse fibreuse vasculaire, mais solide, et il n'y avait aucun creux où la tête eût pu trouver place. Aussi, avec le ciseau et la

gouge, creuse-t-on une nouvelle cavité, comme pour l'opération de Hoffa pour la luxation congénitale. Le cartilage articulaire n'apparaît pas; on admet qu'il est détruit. Après la création de cette nouvelle cavité, on replace la tête sans aucune difficulté, mais elle semble devoir la quitter facilement dans les mouvements, aussi la recreuse-t-on un peu. Drainage avec un drain osseux résorbable, suture à étages, au catgut, des parties fibreuses par-dessus la tête replacée, pour la maintenir. Suture cutanée. Bandage plâtré en abduction. Le membre est maintenant aussi long que le gauche. Cicatrisation après quatre semaines; mais le membre avait encore tendance à se relâcher. Aussi le membre est placé encore quatre semaines dans un bandage à extension, en forte abduction, et pour fixer la tête encore plus exactement dans la cavité cotyloïde, on place un second bandage plâtré qui appuie sur le grand trochanter et enfonce directement la tête dans le cotyle.

Deux mois après l'opération, tentatives de marche dans une chaise roulante; le membre est en situation normale, les mouvements sont libres. Le 5 décembre, l'enfant marche avec un bâton, sans douleur, il sort.

Le 5 août 1893, dix-huit mois après, Volkmann eut l'occasion de revoir cet enfant; il reste debout toute la journée, il ne souffre pas; il peut marcher pendant des heures, court et saute facilement. La situation du membre est normale, la musculature très forte, les mouvements absolument libres. Le résultat fonctionnel est *idéal*.

OBSERVATION LVIII

A. LANE. — *Soc. clinique de Londres*, 24 février 1893.

LUXATION ILIAQUE (3 ANS). — RÉDUCTION SANGLANTE DANS UNE CAVITÉ COTYLOÏDE RECREUSÉE. — BON RÉSULTAT.

Garçon de 7 ans. Luxation en arrière datant de trois ans. Tête très mobile et déformée, pouvant être amenée jusqu'au

cotyle, mais n'y restant pas par suite de l'atrophie du sourcil cotyloïdien. Raccourcissement de 5 centimètres.

L'opérateur sectionne tous les muscles qui s'insèrent au grand et au petit trochanter, ainsi qu'à la partie supérieure de la ligne âpre du fémur; puis il crée à la gouge et au maillet dans l'os iliaque, au voisinage immédiat de l'épine iliaque antérieure et inférieure une excavation artificielle dans laquelle il place la tête du fémur débarrassée de quelques ostéophytes. La tête est maintenue fixée dans cette situation au moyen d'une solide ligature, unissant le tendon du droit antérieur et la capsule.

Résultats très satisfaisants.

OBSERVATION LIX

GESTER. *Ann. of Surgery*, 1893, et GIBNEY *N. York surg. Soc.*, 1894
(d'après DREHMANN)

LUXATION ILIAQUE (7 SEMAINES). — REPOSITION SANGLANTE.

— RELUXATION. — REPOSITION AVEC ÉVIDEMENT DU COTYLE.

Un enfant de 8 ans, sur lequel a passé une voiture, il y a sept semaines, présente une luxation iliaque et une paralysie du groupe tibial antérieur. Incision longitudinale sur le grand trochanter, section des muscles de la capsule. La tête du fémur est recouverte d'une couche épaisse de tissus de granulations; le cotyle est oblitéré. Après section d'une partie du ligament de Bertin on arrive à replacer la tête dans la cavité cotyloïde qu'on ne creuse pas. Suture de la capsule au catgut; suture de la moitié de la plaie, tamponnement à la gaze iodoformée. Bandage à traction continue en forte abduction. Réunion *per primam*. Après trois semaines, le patient quitte le lit. L'abduction et la rotation en dehors passives sont gênées. L'extension active est bonne. En même temps pied bot varus équin et zone d'anesthésie sur le dos

du pied. Quand il sort au bout de trois mois, la paralysie s'est un peu améliorée; il marche avec un bâton. Quand il se présente de nouveau, deux semaines et demie plus tard, la luxation s'était reproduite sans nouveau traumatisme. Malheureusement, on ne peut pas savoir si la paralysie existait avant la luxation ou l'a suivie.

Le malade fut vu quelques mois plus tard par Gibney, qui fit dans la cicatrice une nouvelle incision, trouva la tête fémorale complètement luxée. Il creusa la cavité cotyloïde et remplaça la tête. La plaie guérit, après une longue suppuration; huit mois plus tard, le membre était encore en bonne situation. Il n'existait aucun raccourcissement. On ne dit rien sur les mouvements.

OBSERVATION LX

HARRIS. — *Annals of Surgery*, 1894.

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (4 MOIS). — REPOSITION SANGLANTE, CURAGE DU COTYLE. — BON RÉSULTAT.

Un homme de 33 ans subit une luxation de la hanche gauche. Dans l'espace de deux semaines on fit trois tentatives de réduction avec anesthésie. Le patient ne pouvait pas se servir de son membre. Quatre mois après l'accident il vint trouver Harris. Celui-ci constata une luxation postérieure, avec légère flexion, adduction, rotation interne, fort raccourcissement. Membre gauche atrophié, mouvements actifs et passifs très gênés et douloureux.

En considération des tentatives nombreuses et longues de réduction qui avaient été faites, on décida de suite l'arthrotomie. Une incision longitudinale de 14 cent. à la hauteur du grand trochanter, entre le tenseur du *fascia lata* et le moyen fessier, amène aussitôt sur le cotyle et la face antérieure de la tête et du col. Le cotyle fut trouvé recouvert par une

masse ligamenteuse dure, qui émanait de la partie antérieure de la capsule, s'enfonçait dans le cotyle et le recouvrait complètement.

Après section de la capsule, la tête se montra en arrière et en haut de l'acetabulum, dans une cavité peu profonde, dont le fond a un aspect lisse, cartilagineux. Dans la cavité cotyloïde était encore un fragment osseux de 3 cent. de long, détaché de la partie inférieure du sourcil cotyloïdien. La tête était complètement recouverte de cartilage lisse, tandis que le col adhérait fortement aux parties voisines, qui constituaient une nouvelle capsule. Pas de ligament rond néoformé, mais une petite portion se montra sur la tête, quand celle-ci fut sortie de sa néarthrose. Les adhérences du col furent sectionnées, la musculature du grand trochanter désinsérée avec le périoste. La cavité cotyloïde fut creusée à la gouge et à la curette tranchante, et libérée des parties fibreuses néoformées, *le fond en était recouvert par du cartilage lisse*. La tête ne put pas être replacée parce que la cavité était encore trop petite; on l'agrandit, et on put réduire. Suture partielle, tamponnement à la gaze iodoformée; fixation du membre en légère abduction et rotation en dehors, par un bandage plâtré. Extension continue.

L'opération fut très difficile et dura deux heures. Cicatrisation parfaite; la plaie fut fermée en trois semaines. Six semaines après l'opération, le patient quittait son lit avec des béquilles. Après trois mois il pouvait marcher avec un bâton, sans douleur. Les mouvements actifs dans tous les sens, un peu gênés, s'améliorent chaque jour. Une photographie jointe au travail montre le membre en position normale, de même longueur que le membre sain. Cicatrice lisse. Le patient appuie sur son membre sans bâton.

OBSERVATION LXI

RIEDEL in ENDLICH, *Langenbecks Archiv.*, 1898, vol., LVI, p. 583.

LUXATION OVALAIRE GAUCHE (DIX SEMAINES). — REPOSITION SANGLANTE. — SUPPURATION. — ANKYLOSE.

Anton B..., 9 ans, fils de cultivateur, de Stedtlingen. Entré le 9 octobre 1894.

Il y a neuf semaines l'enfant tomba d'une voiture qui lui passa sur le corps. Il fut soigné quelque temps par un empirique ; puis un médecin le vit et fit plusieurs tentatives de réduction sous anesthésie, sans succès.

Etat actuel. — Enfant bien portant. Membre inférieur gauche en abduction, légère flexion, légère rotation en dehors. La marche est très difficile. La cavité cotyloïde est vide, le trochanter un peu au-dessous de la ligne Roser-Nélaton. On sent la tête, dans le trou obturateur, assez profondément, vers le tubercule ischiatique.

Examen sous anesthésie : abduction rigide à 40° ; adduction presque impossible ; flexion facile jusqu'à un angle très aigu ; extension complète impossible. Rotation en dehors de 25° ; on peut faire de légers mouvements de rotation (5° à 10°).

La tête, profondément située vers l'ischion, ne se meut pas dans les mouvements du membre ; au contraire, le trochanter est mobile.

Le 15 octobre 1894. Ethérisation. On libère la tête par différents mouvements, puis on essaie, par flexion, adduction et rotation en dehors, de réduire la luxation. Après plusieurs essais infructueux, on abandonne ces tentatives.

Incision longitudinale un peu en dedans du trochanter. Les muscles trochantériens internes sont désinsérés, ce qui découvre d'une façon inattendue le nerf sciatique. La cap-

sule, assez mince, est fendue : la cavité cotyloïde est pleine de tissus fibreux ; pas de fracture, sauf une petite éraillure du rebord cotyloïdien, en avant. On fait, au ciseau, une brèche dans le bas du rebord cotyloïdien pour le drainage de la cavité. La tête, qui est très profondément située vers le trou obturateur, peut être assez facilement remise en place, mais se reluxe aussi facilement, grâce à la fracture du rebord cotyloïdien. Pas de modifications de la tête, ni du col. On place un drain vers la cavité cotyloïde, et on laisse la plaie ouverte.

La température monte, les jours suivants, à 38°, puis à 39° ; la plaie secrète abondamment ; quelques petits séquestres sont éliminés.

Le 11 décembre 1894, sous anesthésie, on rouvre la plaie et extrait un petit séquestre, gros comme une pièce de dix pfennig, appartenant à la tête fémorale. Drainage.

De nouveau, la température s'étant élevée, l'enfant est endormi le 16 janvier 1895, et on draine l'ancienne place de la tête.

Dès lors, tout va bien ; on enlève le drain après quatorze jours. Cicatrisation.

Le 28 février 1895, le malade sort : le membre est en adduction ; il y a environ $3/4$ de centimètre de raccourcissement ; le malade marche depuis plusieurs semaines sans souffrir.

Il est revu le 6 août 1897. Ankylose de la hanche gauche. Flexion d'environ 80°, adduction de 15°, rotation en dedans 10°.

Longueur des deux cuisses égale (du trochanter à l'interligne du genou, 35 centimètres). On sent plusieurs ostéophytes longs de 3 cent. larges de un cent. à la hauteur du trochanter, trois centimètres en arrière de lui.

Atrophie du membre : à 15 cent. au-dessus de la rotule, à gauche, 26 cent. ; à droite 30 cent. de circonférence. Au bas de la cuisse, à gauche 22 cent. ; à droite 23 cent. Le pied gauche est normal, de même longueur que l'autre. Le patient

court tout le jour, ne se plaint que de quelques douleurs, par moments, dans le genou gauche : on n'y trouve rien. La cicatrice est souple et indolore.

OBSERVATION LXII

RIEDEL, in ENDLICH, *loc. cit.*, p. 585.

LUXATION OVALAIRE GAUCHE (64 JOURS). — REPOSITION
SANGLANTE. — BON RÉSULTAT.

Edmund K..., 37, ans, bûcheron, est reçu le 7 août 1895.

Cet homme, grand et fort, avait subi, le 20 mai, le traumatisme suivant : le tronc d'un sapin qu'on abattait tomba sur le haut de sa cuisse gauche. Il tomba aussitôt et ne put se relever ; il fut transporté chez lui ; bientôt se produisit un gonflement considérable. Deux médecins, qui le virent six heures après, crurent à une fracture qu'ils tentèrent de réduire. Le malade resta deux semaines au lit, puis porta sept semaines un plâtre ; c'est alors que, l'enflure étant disparue, on diagnostiqua la luxation ; dix jours après, le patient rentre à la clinique.

Etat actuel. — Homme bien portant ; il marche avec une béquille et une canne. Membre inférieur gauche en abduction de 30° environ, flexion et faible rotation externe. Le bassin est abaissé à gauche de 6 cent. 1/2 : allongement apparent du membre gauche. Le trochanter gauche est senti très profondément ; la région trochantérienne est aplatie. La tête est au niveau du trou obturateur ; on en sent nettement les contours. Aucun mouvement actif. On peut produire la flexion passive jusqu'à l'angle droit ; les autres mouvements sont impossibles. Aucune douleur spontanée ; la mobilisation est peu douloureuse. Enflure légère du 1/3 inférieur de la jambe gauche ; varices sur les deux jambes.

Après les préparatifs d'usage (bains, purgation), on endort

le malade, le 22 août 1895, à la morphine et l'éther, pour pratiquer la reposition sanglante. Pour libérer la tête, on fait d'abord une *incision interne*, par laquelle, si possible, on fera la reposition. Incision de 12 centimètres, partant de la symphyse pubienne, et descendant le long du bord du droit interne. Par cette incision, on arrive à travers les adducteurs, sur la tête fémorale. Elle répond bien au trou obturateur, sa convexité est tournée vers la branche pubienne. Elle est recouverte de tissus fibreux durs renfermant de petits morceaux d'os aplatis. A cause de la profondeur de la plaie, sa libération complète est impossible, et toutes les tentatives pour la mobiliser sont inutiles. On fait alors une *incision externe*; le malade est couché sur le côté droit : incision de Langenbeck, longue de 15 centimètres. A travers les fessiers, on arrive facilement sur la cavité cotyloïde, remplie de tissus fibreux; on la nettoie complètement. Par là, on arrive sur la moitié interne de la tête, dont le bord inférieur repose sur la partie antérieure du rebord cotyloïdien. De ce côté aussi, des fragments osseux réunis par du tissu fibreux entourent la tête. On les enlève. La tête est complètement libérée; son cartilage articulaire est intact. Des tentatives de réduction faites à ce moment sont infructueuses. On enlève au ciseau un fragment du rebord cotyloïdien antérieur, contre lequel bute la tête; on peut alors réduire, un bras appuyant en dedans du haut de la cuisse, pendant que l'autre main saisit l'extrémité inférieure du fémur et la porte en forte adduction. Un gros et long drain est passé par l'incision de résection jusqu'au fond de la cavité où était la tête. Pas de suture; les plaies sont bourrées de gaze iodoformée. Pansement. Extension continue.

Suites simples. Ecoulement sanguinolent très abondant les jours suivants. Le drain est enlevé le 23 octobre. Le 12 décembre, le malade se lève; le 4 janvier 1896, on lui met un plâtre; le 16 janvier, cicatrisation complète; le 21 janvier, il sort, ne pouvant pas encore mouvoir son membre.

Le 24 octobre 1897, le malade revient se faire examiner à la clinique : raccourcissement réel de 1 centimètre. Membre en extension.

La flexion peut atteindre 35°; l'adduction et l'abduction 5° à 7°; la rotation 5°. Les mouvements ne sont pas douloureux, se font librement, sans craquements. Les varices du membre inférieur gauche ont augmenté; celui-ci est enflé; il y a des ganglions inguinaux. Le patient peut marcher plusieurs heures sans douleur; il travaille tout le jour sur la chaussée. Il se plaint surtout de ses varices; celles-ci lui donnent le soir de l'enflure des deux jambes.

OBSERVATION LXIII

MIKULIČZ (in DREHMANN : *Beitr. zur klin. Chir.*, 1897, t. XVII, p. 77^b).

LUXATION ISCHIATIQUE DROITE (4 MOIS ET DEMI). — RÉDUCTION
SANGLANTE. — BON RÉSULTAT.

Berthe Z..., 36 ans, bien portante. Le 28 mars 1895, arrive à la clinique de Breslau. Le 4 janvier, la patiente avait été écrasée par un traîneau; elle eut l'impression que ses os étaient broyés. Elle ne put se relever, fut rapportée chez elle et soignée par des applications froides. Après quatorze jours, elle essaya inutilement de marcher; on fit aussi des tentatives de réduction, sans résultat, puis on appliqua un bandage; aucune amélioration, membre totalement inutilisable.

Examen. — Malade petite, mais forte. Rien dans les organes internes. Membre inférieur droit en légère adduction et rotation interne. Grand trochanter fortement rejeté en dehors, avec élargissement considérable de la hanche droite. On sent facilement la tête fémorale; *luxation ischiatique*. Les mouvements, dans tous les sens, sont fortement limités. La pointe du grand trochanter est 4 cent. plus haut

que l'E. I. A. S. Même longueur des deux membres de l'E. I. A. S. à la malléole externe. Aucun signe de fracture du col concomitante. Atrophie du membre. La malade est mise en extension : d'abord 2 kg. 1/2, puis jusqu'à 6 kg. Après six semaines d'extension continue, le membre est devenu un peu plus mobile.

16 mai 1895. — Opération par Mikulicz. Chloroforme. Incision à convexité inférieure, au-dessus du grand trochanter ; on détache celui-ci au ciseau. On aperçoit, dans le fond, la cavité cotyloïde remplie de tissu fibreux ; on la nettoie à la curette tranchante. Par abduction, flexion et extension, on arrive à réduire sans grande difficulté ; la réduction se maintient bien par la rotation externe. Le trochanter est fixé au fémur par trois forts fils d'argent. Taponnement à la gaze iodoformée, pansement, plâtre, extension de 4 kg.

Suites simples, pas de fièvre. Le 23 mai, on porte la traction à 5 kg, le 11 juin à 7 k. 1/2 ; le 12 juin, tout drainage est supprimé, la plaie presque cicatrisée. Au commencement de juillet, massage, gymnastique, bains ; marche avec des béquilles.

24 septembre. — On revoit la malade. Extension libre, flexion à angle droit. La tête fémorale est en place, il n'y a aucun raccourcissement. Cicatrice indurée longue de 13 cent. large de deux travers de doigt, adhérente à la pointe du trochanter. Dans la position horizontale, le membre inférieur droit a la même situation que le gauche. Les mouvements actifs sont : la flexion à l'angle droit, l'abduction à 40°, l'adduction de 15° à 20°. Rotation un peu gênée. La malade marche bien, sans douleur, sans claudication ; elle ne peut pas encore lacer son soulier. Il existe un léger œdème de tout le membre.

OBSERVATION LXIV

MIKULICZ (*in* DREHMANN, *loc. cit.*),

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (2 MOIS ET DEMI), ET DÉCOLLEMENT
ÉPIPHYSAIRE. — REPOSITION SANGLANTE. — BON RÉSULTAT.

Karl K. . . , 8 ans, fils d'ouvrier, entre le 7 septembre 1895,
à la Clinique.

Excellents antécédents personnels et héréditaires.

Le 6 août, l'enfant perdit l'équilibre parce qu'un autre enfant le tira par derrière, par les épaules, et il tomba sur le sol sablonneux. On n'a pas de renseignements plus précis sur sa chute. Il ne put se relever ; un médecin, appelé, fit des tentatives de réduction; le patient resta deux semaines au lit, marcha 14 jours avec un bâton, en boitant, et vint ensuite à la Clinique.

Examen : Enfant fort pour son âge; rien dans les organes internes. Membre inférieur gauche raccourci de 4 cent., fléchi à la hanche et au genou. On sent la tête du fémur derrière le grand trochanter, dans les mouvements du membre ; les mouvements actifs et passifs sont faibles. Rien au toucher rectal ; forte claudication ; l'enfant marche sur la pointe du pied gauche.

6 septembre. — Sous chloroforme, on arrive à une reposition apparente, après rupture non sanglante des adhérences. Plâtre, extension continue de 2 kilog., portée à 4 kilog. le 9.

3 octobre. — On enlève le plâtre ; il reste un raccourcissement de 2 cent. $1/2$; la tête est encore derrière le trochanter.

15 octobre, — Opération par Mikulicz. Chloroforme. Incision au-dessus du grand trochanter, qui est lui-même détaché au ciseau. La tête est à côté et en arrière du grand

trochanter, fixée par des adhérences ; il y a non seulement une luxation, mais un décollement épiphysaire. On libère la tête fémorale des adhérences, puis on nettoie la cavité cotyloïde ; il y a, là des parties de la capsule, et le sourcil cotyloïdien est aussi repoussé en dedans. La tête est remise en place par une forte rotation du membre en dehors. Réunion du trochanter par des fils d'argent. Suture de la partie moyenne de la plaie, tamponnement des deux bouts à la gaze iodoformée. Pansement, immobilisation en extension et forte rotation externe.

Suites simples : pas de fièvre, réunion *per primam*, complète, le 31 octobre. La rotation externe persiste encore ; chaque jour, on mobilise le membre. Le 24 novembre, on enlève le bandage extenseur et fait faire des mouvements actifs et passifs ; le 28, l'enfant se tient sur une chaise roulante ; le 3 décembre, il marche avec un bâton. Le 3 janvier 1896, il sort, marchant avec un bâton ; la tête est solidement fixée dans la cavité cotyloïde.

OBSERVATION LXV

MIKULICZ (*in*. DREHMANN, *loc. cit.*).

LUXATION ISCHIATIQUE DROITE (5 MOIS). — REPOSITION SANGLANTE APRÈS CURAGE DU COTYLE. — SUPPURATION. — MORT DEUX MOIS APRÈS.

Gottlieb K..., 41 ans, domestique, entre le 24 octobre 1895. Bons antécédents héréditaires ; malade, en 1887, d'une « fièvre nerveuse » qui dura trois mois.

L'accident date de dix-huit semaines : il conduisait des chevaux comme cocher, quand ceux-ci s'emportèrent et jetèrent la voiture dans un fossé ; la voiture lui tomba dessus ; il ne s'évanouit pas, mais perdit du sang par la bouche et fut incapable de se sortir de dessous la voiture. Un médecin

appelé constata une luxation de la hanche droite, et fit des tentatives de réduction qui durent réussir; en effet, le patient entendit un craquement et le médecin constata que la luxation était réduite. Il plaça un plâtre qui resta deux semaines; le patient dut alors marcher avec des béquilles, sans s'appuyer sur sa jambe droite; quand il voulut s'en servir ensuite, la douleur l'en empêcha. Il fut pris pour un simulateur, et envoyé à la Clinique de Mikulicz pour qu'on examine ses droits à une indemnité.

Examen : homme assez grand, d'embonpoint moyen, ayant les apparences de la santé. Température : 37°; pouls : 72. Poux-mons et cœur normaux, foie non augmenté, rate sentie sur une hauteur de trois travers de doigts sous les fausses côtes gauches. Abdomen souple. Hernie inguinale double.

A l'examen des membres inférieurs, on constate d'abord l'amaigrissement du membre droit, ensuite sa position vicieuse. Circonférence du haut de la cuisse gauche : 44 cent.; à droite : 37 cent. La musculature à droite est molle et atrophiée, le réflexe patellaire exagéré.

Rotation interne du membre inférieur droit, telle que les orteils croisent ceux de gauche. Mensuration de l'E. I. A. S. à la malléole externe : 2 cent. 1/2 de raccourcissement à droite. A la palpation de la hanche droite, on trouve nettement la tête du fémur en arrière et en bas dans la fosse iliaque. En repoussant en avant les trochanters, la distance qui les sépare des E. I. A. S. est, à droite, de 4 cent., à gauche de 6 cent. Les mouvements de la hanche sont possibles dans tous les sens, seule la rotation en dehors est complètement impossible. Sans l'aide de bâtons ou de béquilles, le patient ne peut marcher qu'à grand peine; il boite considérablement, en traînant la jambe. Diagnostic : *Luxation ischiatique ancienne du fémur droit.*

29 octobre. — Extension continue, avec poids de 5 jusqu'à 10 kilog.; elle est assez mal supportée; insomnies.

7 novembre. — La tête semble descendue de 1 cent. environ;

la rotation externe de tout le membre est un peu augmentée.

9 novembre. — Opération par Mikulicz. Chloroforme. Incision courbe au-dessus du trochanter; section du grand trochanter au ciseau. On ne peut luxer la tête fémorale qu'après avoir coupé les débris ligamenteux de la capsule, qui l'entourent. La tête ne présente aucune déformation, le cartilage la recouvre partout, sauf sur une surface comme un pfennig au niveau de la fossette du ligament rond. On voit mal la cavité cotyloïde, remplie d'une masse fibreuse; après avoir excisé celle-ci en partie, on tente une première fois la réduction, mais on ne réussit qu'incomplètement. On nettoie alors plus complètement le cotyle à la rugine; la masse fibreuse qui le remplit contient des néoformations osseuses et est surtout adhérente au niveau des bords.

Finalement, la cavité cotyloïde se présente, de grandeur normale, et recouverte de cartilage non modifié. La reposition est alors facile. On suture la pointe du trochanter par trois fils d'argent; drainage à la gaze iodoformée aux deux extrémités de la plaie jusque sur le rebord cotyloïdien, fermeture du reste de l'incision. Extension continue de 6 kilogs avec rotation en dehors.

Le soir, bon état, pas de fièvre. — 12 novembre : anorexie, insomnie, légère élévation de la température vespérale, pouls rapide. — 16 novembre : tendance au décubitus : on met un rond de caoutchouc. Au pansement, plaie sans réaction. — 18 novembre : 39°3, le matin. Rien aux poumons, pas de frisson. — 19 novembre : 40°4, le soir. Douleur vers l'aîne. Frisson à deux heures; au pansement, on trouve du pus sous la gaze, à l'angle gauche de la plaie. — 20 novembre : 40°2, insomnie malgré la morphine; pansement; le doigt dans la plaie pénètre dans un abcès en avant de l'articulation; on le draine. Abaissement de température les jours suivants. — 3 décembre : nouveau frisson avec 39° : rétention de pus. On baigne le malade chaque jour. Amaigrissement faiblesse. — 12 décembre : douleur dans la région inguinale droite, on n'y trouve pas d'abcès. Nouvelles élévations de

température. Albuminurie. — 22 décembre : sous anesthésie, large débridement de l'articulation, pus fétide. Soupçonnant un abcès immédiatement au-dessous du ligament de Poupert, on débride sans rien trouver. Bains. Alcool. — 24 décembre : hémorragie abondante par la plaie trochantérienne, arrêtée par le tamponnement. — 3 janvier : pendant le bain, la luxation se reproduit. — 7 janvier : œdème du membre inférieur droit par thrombose de la veine iliaque. — 16 janvier : Mort.

Autopsie. — La tête a quitté de nouveau la cavité cotyloïde et se trouve dans la fosse iliaque externe. Pas trace du ligament rond. Le trochanter est solidement uni au fémur. Tout autour de la tête, énorme abcès qui communique avec l'articulation sacro-iliaque.

La cavité cotyloïde est pleine de pus épais, mais présente peu de lésions. Le pus a fusé dans le petit bassin par le trou obturateur ; les muscles pelvi-trochantériens sont infiltrés.

Le membre inférieur droit est fortement œdématié, la veine iliaque primitive droite thrombosée jusqu'à la veine cave ; de même, la veine iliaque gauche est pleine de caillots. Rate grosse, amyloïde ; reins amyloïdes. Embolie de l'artère pulmonaire droite, broncho-pneumonie double.

OBSERVATION LXVI

SPENZER (*in* HÖEFLIGER, *In. Diss.*, Bern., 1900).

LUXATION ILIAQUE DROITE (5 MOIS). — RÉDUCTION SANGLANTE

Un enfant de 7 ans fut écrasé par un rouleau. La luxation doit avoir été réduite par un médecin qui appliqua un bandage d'un côté. Cinq semaines après, l'enfant marchait très mal et, cinq mois plus tard, existait à droite une luxation typique du fémur sur le dos de l'iléon. Comme des tentatives de réduction n'amènèrent aucun résultat, une incision

antérieure fut faite, et la cavité cotyloïde découverte ainsi. Celle-ci était recouverte par des trousseaux fibreux solides, qui étaient unis au tendon du droit antérieur de la cuisse. La cavité fut vidée : ce qui n'aurait pas pu être fait par une incision postérieure, sans pratiquer en même temps une résection de la tête du fémur. Après que les deux tiers des muscles fessiers eurent été désinsérés du trochanter, la tête du fémur put être réintégrée dans la cavité cotyloïde. La réduction ne put être maintenue que dans l'abduction et la rotation en dehors.

Le malade fut ensuite engagé à se servir de nouveau de sa hanche, et Spenzer ne doute pas qu'il ne reprenne l'usage complet de son membre.

OBSERVATION LXVII

KRASKE (*in* REERINK, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1896, vol. XV, p. 403).

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (3 SEMAINES). — REPOSITION SANGLANTE, SUPPURATION, ANKYLOSE.

D. L..., employé de chemin de fer. Il y a trois semaines, un wagon lourdement chargé tomba et jeta le patient par terre, en arrière. Il ne put se relever. Des médecins constatèrent une luxation de la hanche, firent des tentatives répétées, mais inutiles, de réduction, et envoyèrent le malade à la Clinique de Fribourg.

Membre inférieur gauche en adduction, rotation interne, flexion légère ; raccourcissement d'environ deux centimètres. Tête fémorale dans la fosse iliaque. Trochanter gauche dépasse de quatre centimètres la ligne de Roser-Nélaton. Sous anesthésie au chloroforme, on fit des tentatives de réduction qui échouèrent devant la fixité de la tête, empêchant la rotation en dehors et l'abduction, tandis que l'extension et la flexion étaient assez libres. On passe à

l'intervention sanglante. Incision de six centimètres environ directement sur le trochanter. Hématome de la bourse trochantérienne, sous le grand fessier. Après section des muscles, on voit la tête fémorale et le col. Ecoulement de sang qui vient de la profondeur. La flexion et la rotation interne de la cuisse permettent de voir dans la profondeur les débuts d'une néarthrose. Par la rotation en dehors et l'abduction du membre, on arrive à voir l'ancien cotyle; la tête en est séparée par un fragment osseux encore revêtu de périoste; ce fragment est facilement enlevé avec le davier.

La réduction est encore impossible. On débarrasse le trochanter des tendons qui s'insèrent sur lui, et on enlève encore trois fragments osseux. On peut alors réduire, par l'extension forcée et par la rotation alternativement en dedans et en dehors, tout en dirigeant la tête directement avec la main.

Quatre points de suture profonds musculo-cutanés. Tamponnement à la gaze iodoformée. Extension continue avec onze livres. Sécrétion abondante, puis *suppuration* qui nécessita encore des incisions, par où sortirent des séquestres.

Un an et demi après, les plaies étaient guéries et le malade sortait dans l'état suivant : ankylose de la hanche gauche, flexion du genou très limitée, pied en fort équinisme. Pas de raccourcissement du membre. Le malade peut marcher difficilement avec une canne, mais se plaint d'une grande faiblesse. Il fut malheureusement impossible d'avoir des nouvelles du malade après sa sortie.

OBSERVATION LXVIII

VON BERGMANN, in ENGEL, *Langenbeck's Archiv.*, 1897, t. LV, p. 629.

LUXATION ILIAQUE GAUCHE (5 SEMAINES). — RÉDUCTION SANGLANTE.

— BON RÉSULTAT.

Une femme de 48 ans entre à la clinique de Von Bergmann, parce que cinq semaines auparavant, elle était tom-

bée d'un traîneau, sur la hanche gauche. La hanche enfla, des douleurs violentes survinrent et, jointes à l'impossibilité de se servir du membre, tinrent la malade au lit. A son entrée on diagnostiqua une *luxation iliaque du fémur gauche*. Les mouvements étaient presque impossibles, surtout l'abduction; la malade ne pouvait se mouvoir qu'à grand peine, avec deux béquilles. Elle présentait en même temps de la phtisie pulmonaire, surtout au sommet gauche.

On tenta d'abord de réduire le raccourcissement par un bandage extensif qui resta dix-sept jours en place; on obtint ainsi un abaissement remarquable de la tête du fémur. Une tentative de réduction sous anesthésie ne fut pas couronnée de succès.

Incision typique de Langenbeck, de vingt centim. de long environ. Toutes les parties molles recouvrant le trochanter et le col du fémur furent écartées. Quelques-unes furent coupées, sans qu'il fut possible de les désigner anatomiquement; on ne put pas reconnaître le ligament de Bertin, car toutes les parties de la capsule étaient intimément confondues. Pour arriver à libérer la tête, on dut couper plusieurs plans fibreux, en écartant fortement la plaie. La tête se trouvait dans une sorte de nouvelle cavité articulaire, en arrière et en haut de l'acetabulum, sur l'os iliaque. Le cartilage d'encroûtement était normal, sur la tête et dans l'acetabulum. Le ligament rond avait été arraché. Par extension forcée, puis flexion et abduction, on arriva à approcher la tête de l'acetabulum; puis elle rentra dans la cavité quand le membre fut mis en extension et abduction. Suture au catgut de quelques parties de la capsule. Drainage, réunion de la plaie. Bandage plâtré.

Le troisième jour, 39°4 (le soir). Douleurs dans la plaie. On fait une fenêtre au plâtre et change le pansement: suintement abondant, légère odeur. On fait sauter les sutures: la plaie est très propre dans toute sa profondeur; derrière le drain, un petit hématome qui est nettoyé. Tamponnement de toute la plaie à la gaze iodoformée. Deux jours après, la

température était retombée à la normale. La plaie granule bien. Dans le fond, on trouve encore quelques lambeaux nécrosés, provenant sans doute de la capsule. La légère élévation de température du soir semble due à l'affection pulmonaire.

Quatre semaines environ après l'opération, on change le plâtre; huit jours après, on le remplace par un simple appareil en carton pâte; la plaie était guérie. Soixante-dix jours après l'opération, le malade sort. La tête fémorale était à sa place physiologique; une légère flexion de la hanche était possible. La malade pouvait marcher avec l'aide d'un bâton. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION LXIX

VON BERGMANN, *in* ENGEL, *loc. cit.*

LUXATION ILIAQUE (5 MOIS). — REPOSITION SANGLANTE. —
SUPPURATION. — DEMI-ANKYLOSE.

Cultivateur, 18 ans. 5 mois auparavant, dans une chute de cheval, il s'était fait une luxation de la hanche gauche; depuis, il ne pouvait pas se servir de son membre.

Luxation iliaque typique du fémur gauche. Raccourcissement de 6 cent., rotation interne de 60°. La tête fémorale était fortement fixée en place et ne se mobilisa absolument pas dans une tentative de réduction sous anesthésie. Aussi, après lui avoir mis pendant dix jours un bandage extensif, on passa à l'opération.

Incision typique de la résection de la hanche. L'acetabulum est libéré, à la curette, des débris ligamenteux qui le remplissent; il présentait, en plusieurs endroits, une notable usure des cartilages. Alors on libéra la tête, solidement fixée en haut et en arrière de l'acetabulum: et on dut encore

désinsérer la musculature du trochanter, pour réintégrer très péniblement la tête, et réduire.

La capsule ne fut pas suturée. Comme l'opération avait été longue, qu'on avait tirailé la plaie, il ne fut fait aucune suture, et on tamponna à la gaze iodoformée. Un bandage extenseur assure la position d'abduction du fémur.

Le lendemain, la température monta à 38°. Cependant la plaie paraissait en excellent état, de même que les jours suivants. Le sixième jour, environ une heure après le pansement, frisson avec élévation de température à 39°9. Une culture du sang sur agar-agar resta stérile ; une culture des sécrétions de la plaie donna du staphylocoque pur. Deux heures après, le malade se trouvait bien.

L'après-midi même de ce jour, on alla à la recherche du foyer purulent : incision sur les vaisseaux fémoraux, au milieu de l'arcade de Fallope, dénudation de la capsule vers son insertion au sourcil cotyloïdien. Par une ouverture faite en ce point, on mit un drain qui permit l'écoulement des liquides sécrétés dans la cavité articulaire elle-même. La température tomba en trois jours. Le drain raccourci peu à peu, fut supprimé quatorze jours après : la plaie opératoire était déjà cicatrisée.

Cependant l'infection a fait perdre du temps, car ce n'est qu'au cinquante et unième jour qu'on put commencer le massage et la mobilisation passive. Ceux-ci furent d'abord douloureux ; mais bientôt le malade put marcher avec deux béquilles, puis deux cannes, puis une seule ; enfin au 73^e jour, il put se passer de cette aide. Sa démarche était encore hésitante, mais sans claudication. Les deux membres étaient égaux, tournés en dehors également et normalement ; le trochanter gauche était sur la ligne Roser-Nélaton. Une très faible flexion de la hanche est seule possible.

OBSERVATION LXX

BELL, *The Lancet*, 1898, t. 2, p. 1059.

LUXATION ILIAQUE (5 MOIS), RÉDUCTION SANGLANTE AVEC CURAGE
DU COTYLE. — RÉSULTAT PARFAIT.

Un enfant de 13 ans, entre, en novembre 1897, à *Devon and Exeter Hospital*. On trouve une luxation du fémur sur le dos de l'iléon. Le malade, un enfant robuste, en jouant au football avait été renversé et, incapable de marcher, avait dû être emporté chez lui. Il resta ainsi 14 jours au lit. On prit une rebouteuse, qui fit des embrocations. Quand il voulut se lever, on s'aperçut qu'il ne pouvait se tenir debout. Il semble que, dans la suite, on ne fit rien de plus, et par hasard, l'enfant fut apporté à l'hôpital cinq mois après l'accident. Le membre était inutilisable, l'enfant boitait fortement et ne pouvait supporter aucune pression. Dans le but de replacer la tête dans la cavité cotyloïde, une opération fut entreprise.

Opération. — Après antisepsie, une incision fut menée sur le trochanter; tous les muscles, qui s'inséraient sur lui et le col, jusqu'au petit trochanter, furent désinsérés avec le périoste, et la tête luxée hors de sa nouvelle articulation. La cavité cotyloïde, qui était recouverte par de nouveaux ligaments et par les restes de la capsule, fut nettoyée, et son cartilage apparut, normal. Par des tractions et diverses manipulations, la tête fut remise en place. Après hémostase, la plaie fut lavée et fermée, à l'exception de l'ouverture de drainage. Pansement avec attelle, extension par des poids.

Les suites furent favorables. Pendant quelques jours se fit un suintement séro-sanguinolent; la température resta normale. L'attelle resta en place deux mois, puis le malade s'essaya à marcher avec des béquilles.

Etat le 8 août 1898: l'enfant avait une mobilité parfaite; il se tenait debout normalement et marchait bien.

OBSERVATION LXXI

KAUFMANN (*In* HOEFLIGER. *In*. Diss. Bern, 1900.)

LUXATION ILIAQUE (4 MOIS) AVEC FRACTURE SOUS-TROCHANTE-RIENNE GUÉRIE. — REPOSITION SANGLANTE. — SUPPURATION PROLONGÉE. — RÉSULTAT MÉDIOCRE.

A..., Edwige, 5 ans et demi.

Le 2 février 1897, fut écrasée par un toit en carton bitumé. Le médecin appelé a dû diagnostiquer une luxation de la hanche et tenter de la réduire. Six semaines dans un bandage solide. Ensuite forte claudication.

Kaufmann la fit entrer le 2 juin 1897, dans sa clinique privée.

Etat à ce moment. — Fillette délicate, faible, anémique. Elle marche sans bâton, avec forte claudication de la jambe gauche. Flexion, rotation en dedans, adduction.

Examen. — Hanche gauche: le grand trochanter dépasse la ligne de R.-N. de 4 centimètres. Saillie de la fesse sensiblement élargie. La tête est facilement sentie à travers les muscles fessiers; on peut la saisir quand on fait la rotation en dedans. Tous les mouvements du fémur sont possibles.

Diagnostic. — (Radiographie). Luxation ancienne, iliaque du fémur gauche. Fracture infra-trochantérienne (à 10 cent. au-dessous) guérie depuis quatre mois; épaissement du fémur.

Le 3 juin, tentative de réduction sous anesthésie, sans résultat.

Le 4 juin 1897, reposition sanglante. Anesthésie. Incision courbe sur le trochanter de 12 centimètres, le milieu sur la pointe du trochanter. L'extrémité supérieure sur le bord

libre de la tête du fémur ; l'extrémité inférieure sur le corps du fémur.

Désinsertion sous-périostée du grand fessier dans la moitié postérieure de son insertion trochantérienne. Incision des fessiers jusqu'à la tête fémorale. Celle-ci est entourée de toutes parts, par une membrane fibreuse résistante doublée de synoviale (nouvelle articulation). On fend cette capsule en longueur et on l'enlève complètement. La tête du fémur est libre. Entre le bord postérieur du trochanter et le bassin, le doigt pénètre contre le cotyle ; on peut le libérer assez pour que la reposition réussisse par traction, flexion, rotation en dedans.

La partie supérieure de la cuisse est droite, mais ne peut pas être étendue ; angle de 45° avec le bassin. Suture de la moitié antérieure de la plaie ; la moitié postérieure est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement. Extension continue de 2 kilogs. Absès à la partie antérieure du fémur, au-dessous du trochanter, ouvert dix jours après. Quatre semaines après, les deux plaies donnent peu ; l'enfant se lève.

Le 10 juillet, elle sort : plaies en granulation ; elle marche bien, sans boiter. Six à huit semaines plus tard, fistule de la plaie antérieure qui donna longtemps.

Dans l'été 1898, grattage de la fistule, qui permet d'enlever quelques séquestres. Après dix semaines, l'enfant fut renvoyé avec un soulier à semelle surélevée.

En février 1899, la fistule se rouvrit ; on fit un nouveau grattage.

Le 27 juin 1899, Kaumann revoit la malade : enfant faible, anémique, elle marche sans canne, sans hésitation, le pied gauche directement en avant ; elle boîte sensiblement de la jambe gauche. Légère flexion de la hanche.

Examen. — Légère rotation en dehors. Le membre gauche paraît raccourci de deux à trois centimètres. Le trochanter gauche est plus haut qu'à droite et saillant. En arrière,

la plaie opératoire est brillante et partout mobile sur les tissus sous-jacents. En avant et en dehors du fémur, à 8 centimètres au-dessous de l'E. I. A. S. et à 1 centimètre en dehors d'une ligne passant par elle, il y a une fistule avec bords œdématisés, dont le trajet induré se dirige vers le col du fémur. Le sondage de la fistule est très sensible.

L'enfant peut fléchir la cuisse de 45° en partant de l'extension. Par contre, rotation en dehors de 60°, abduction 30° (actives).

Les mouvements passifs ne sont pas étendus.

Mesure des deux membres :

E. I. A. S. à l'interligne du genou : à dr. = 28,5 ; à g. = 26.

E. I. A. S. à la malléole externe : à dr. = 52 ; à g. = 49,5.

Raccourcissement de 2 cent. 1/2.

La pointe du trochanter dépasse la ligne R.-N. Rien d'anormal à la palpation. La pression sur le trochanter et le choc sur le fémur ne sont pas douloureux.

Radiographie par le Dr Schuler. La tête fémorale manque en grande partie ; le col se termine vers l'acetabulum par une surface convexe qui rappelle la ligne épiphysaire. La pointe du grand trochanter est à 2 cent. au-dessus du bord supérieur du cotyle ; à 9 cent. au-dessous, épaissement : cal de la fracture. Tache osseuse dans les parties molles, provenant probablement d'un séquestre resté dans la fistule.

OBSERVATION LXXII

KAUFMANN (*in* HÖFLIGER, *loc. cit.*)

LUXATION ILIAQUE (16 jours). — REPOSITION SANGLANTE. —
SUPPURATION NÉCESSITANT LA RÉSECTION SECONDAIRE DE LA
TÊTE FÉMORALE. — ANKYLOSE EN BONNE POSITION.

H. W., aubergiste, 28 ans. Le 27 octobre 1898 à 10 h.
du matin, tombe d'un noyer de 10 à 15 mètres. Le genou

gauche a porté sur la terre. Pas d'autres détails précis sur la chute. Un médecin constate, deux heures après, une luxation iliaque gauche.

Le lendemain, sous anesthésie, tentative de réduction sans succès; id. le 29. Le 1^{er} novembre, Kaufmann fut appelé. Il essaye dans l'anesthésie la reposition par la méthode de Kocher. Il n'y arrive pas.

7 novembre.— Le malade entre à la clinique de Kaufmann. Radiographie : luxation iliaque, sans fracture.

10 novembre.— Essai de reposition; après anesthésie profonde, on n'obtient pas la résolution musculaire du membre inférieur. La méthode de Kocher est employée sans résultat. Alcoolique (?) il buvait jusqu'à 3 litres 1/2 de cidre ou de poiré par jour.

Nuits agitées, journées tranquilles.

12 novembre 1898. — Reposition sanglante, par Kaufmann. Incision de Kocher.

On met à nu la tête et le col. Les jumeaux étaient déchirés et le tendon de l'obturateur interne s'enfonçait entre la tête et le bassin, contre le col du fémur. Par dessous et en avant de la tête, l'index pouvait facilement arriver vers le bord postérieur du cotyle. A ce moment encore, une reposition ne réussit pas, parce que même avec un appareil spécial (construit par Kaufmann pour la luxation congénitale) on ne peut amener la tête vers la cavité cotyloïde; la reposition est possible seulement quand le tendon obturateur est coupé; on fait pendre la jambe gauche hors de la table d'opération et, avec les deux pouces, on guide la tête pour l'amener dans la cavité. Alors une légère rotation en dehors produit la reposition.

Suture de la partie inférieure, la partie supérieure est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement. Extension continue de 5 kilogs.

Le 18, délire nocturne; le malade défait son pansement. Le matin, 38°. Pansement, suppuration; on enlève les fils

et on rouvre la plaie. On fait sortir le pus par pression. Lavage au HgCl_2 , à 1/2000.

Le 25, matin : $37^{\circ}5$, le soir : $38^{\circ}4$. Suppuration abondante venant de la région du col et de sous les fessiers. Granulations molles, blafardes. Cependant l'état général est assez bon; appétit; pas de constipation. Délire la nuit.

Songeant à l'intoxication iodoformée, on supprime celui-ci. Suppuration persistante qui sent mauvais. Amaigrissement; pouls rapide et faible.

Le 19 décembre, résection de la tête fémorale à cause de la suppuration.

On rouvre la plaie, on met à nu l'articulation. Extraction facile de la tête avec un davier; du pus sort de l'articulation, ainsi que des débris sphacelés. On nettoie la cavité à la curette tranchante. Pansement humide.

La tête réséquée est nécrosée dans les 2/3 antérieurs; le revêtement cartilagineux manque en partie; substance spongieuse infiltrée de pus.

Pas de détente après l'opération : 40° le soir.

Le 21, phlegmon gazeux dans la région des adducteurs.

Depuis le 24, abaissement de la température. Bon appétit, malgré de l'insomnie et du délire nocturne.

Le 2 janvier 1899, incision d'un abcès sur la face externe. Pansement au lysol.

Le 28 janvier, l'abcès postérieur est ouvert largement, on introduit un drain dans la cavité cotyloïde, quelques séquestres sortent avec le pus.

Depuis, la température s'abaisse progressivement.

Le 21 février 1899, le malade se lève, commence à marcher avec des béquilles et une semelle de deux centimètres à gauche.

1^{er} mars, sortie, faible sécrétion. Le malade marche sur deux béquilles.

A partir du 13 juillet 1899, le malade va très bien. Cicatrices bonnes, mobiles. La partie trochantérienne gauche est énorme, double de la droite. Sa partie supérieure est à 6 cm.

au-dessus de la ligne R.-N. L'articulation de la hanche gauche, en extension, est complètement ankylosée.

A gauche, la circonférence de la cuisse est de 40 cm. ; à droite, elle est de 44 cm. Le genou gauche fonctionne normalement. Au cou de pied l'extension est facile, la flexion ne l'est pas. Insensibilité du gros orteil et du bord interne du dos du pied.

E. I. A. S. à la malléole externe : à droite : 91 ; à gauche : 88.

La marche est sensiblement claudicante, le pied gauche traîne un peu, mais le malade marche sans canne. Semelle surélevée de 2 à 3 cm. Le malade peut aller dans les champs et conduire les chevaux.

OBSERVATION LXXIII

PAYR (Clinique de NICOLADONI). — *Deut. Zeitschrift f. Chir.*, 1900
t. LVII, p. 14.

LUXATION ILIAQUE GAUCHE AVEC FRACTURE DU REBORD COTYLOIDIEN
(UN MOIS). — PARALYSIE PÉRONIÈRE. — REPOSITION SANGLANTE.
— BON RÉSULTAT.

D..., Alphonso, Italien, 29 ans, mineur. Amené à la clinique le 15 mai 1899.

Parents sains. Bonne santé antérieurement.

Le 24 avril, il aidait à la construction d'un chemin de fer. Il s'assied sur une barre de fer posée transversalement sur un bloc de pierre, pour travailler avec un pic à une paroi de pierre. Tout à coup, d'en haut, tombe une masse d'éboulis ; des blocs tombent sur la barre de fer et la font basculer de telle sorte que l'ouvrier est projeté violemment et tombe dans l'éboulis. Là, il fut atteint par des masses de pierres à la cuisse gauche, partie inféro-externe. Il y eut un hématome à cet endroit. Douleurs violentes.

Le lendemain, le malade fut transporté à l'hôpital de

Windinchgraz, où d'après une communication écrite du médecin de l'endroit, une luxation complète du tibia en avant fut réduite sous anesthésie, le 24 avril.

Symptômes de luxation postérieure à la hanche gauche.

Le 3 et le 11 mai, deux tentatives de réduction furent tentées, sous anesthésie, sans résultat.

Le 15 mai, le malade est amené à la clinique.

Homme très musclé. Organes internes sains.

Douleurs violentes dans la hanche gauche et dans toute la jambe.

Au repos, la jambe gauche est en adduction. Raccourcissement ; la rotation interne ou externe est impossible. La région de la hanche gauche est enflée ; la région trochantérienne est augmentée de volume, on sent mal le contour de l'os. Par derrière, au milieu de la fesse, à peu près à la hauteur de l'épine postérieure, on trouve une éminence sphérique.

Pas de mouvements actifs de la hanche ni du genou ; dans le coup-de-pied, les mouvements actifs sont très restreints, les mouvements de flexion et d'extension ne dépassent pas 30° ; ceux d'adduction et d'abduction sont totalement impossibles.

A la palpation de la hanche, on peut déprimer l'enflure et pénétrer profondément dans l'articulation, on voit qu'elle est vide ; la tête n'est pas à sa place.

Douleurs à la pression du trochanter. Raccourcissement de 3 cent. de l'E. I. A. S. à la malléole ; même longueur du fémur, du trochanter à l'interligne du genou. Le trochanter est d'un large doigt au-dessus de la ligne R. N.

Dans la fosse iliaque externe on sent deux formations arrondies, dont l'une n'est pas mobile, avec les mouvements de rotation de la cuisse, et l'autre *inférieure*, la plus éloignée de l'E. I. A. S., se meut avec la cuisse.

Flexion passive de 30. La traction dans le sens du membre ne produit aucun allongement. Adduction et abduction impossibles. Rotation faible. Membre inférieur gauche atrophié :

la jambe est plus froide que la droite dans le bas (depuis le milieu de la cuisse). Le dos du pied et les orteils sont bleus.

Dans la région du nerf péronier, depuis la tête du péroné, la sensibilité et la motilité sont abolies, de même la sensation du froid et du chaud.

Hydarthrose et immobilité du genou. On sent le poulx et les artères poplitées. Pas de lésion osseuse.

Après examen, on conclut à une luxation de la hanche gauche, mais *irrégulière*. *Le manque de rotation interne du membre* et les nombreuses parties osseuses qu'on sent dans la musculature de la fesse, font hésiter entre : *luxation iliaque avec rupture du cotyle, et luxation iliaque avec fractures multiples de la tête fémorale*.

26 mai 1899. — Anesthésie. Tentative de réduction ; - on réussit à plier la cuisse à angle droit ; en faisant une forte traction dans l'axe du membre et une rotation en dehors, on arrive à amener la tête assez près du cotyle. Dès que la traction et la rotation cessent, la tête remonte. Reposition non sanglante impossible.

Aussitôt, opération. Dans la convexité de la fesse gauche, incision de 15 cent., parallèle à la direction des fibres du grand fessier, avec une courbe derrière le grand trochanter (incision analogue à celle de Kocher pour la résection de la hanche). Incision du grand fessier, on pénètre dans l'inters-tice entre le moyen et le petit fessier. On trouve la *tête fémorale intacte, luxée, et trois fragments osseux*. Ces fragments appartiennent au bord supérieur de l'acetabulum qui a été brisé ; et la tête du fémur a passé par-dessous les fessiers, par la brèche résultant de cette fracture du cotyle.

La tête est à peu près dans la position de la luxation iliaque. On remet en place les deux plus gros fragments et on les réunit entre eux et au rebord cotyloïdien, avec des fils d'argent.

La capsule est adhérente à l'acetabulum : on l'excise aux ciseaux et la tête est facilement remise en place par traction

et rotation en dehors. Elle est solidement fixée par une légère abduction.

Tamponnement à la Mikulicz et drain. Suture du muscle (au catgut), de la peau sauf une ouverture pour le drainage. Pansement. Extension continue avec 4 kgs, en abduction moyenne.

30 mai. — Premier pansement ; température normale, pas de douleurs.

2 juin. — Second pansement. On enlève le tamponnement et le drain, et on laisse seulement une petite mèche de gaze iodoformée. Presque pas de suppuration.

7 juin. — Ablation des fils cutanés, la plaie est cicatrisée, sauf l'ouverture de drainage ; la température n'a pas dépassé 37° 8.

10 juin. — Petites eschares sur le dos du pied et le tendon d'Achille, guéries le 21.

27 juin. — On supprime l'extension.

Le raccourcissement est de moins d'un centimètre.

Les troubles trophiques du côté du nerf péronier persistant, on élimine l'idée d'hémorragie dans la gaine du nerf, ou de contusion du nerf, pour penser à une déchirure, ou à une compression du nerf par la cicatrice.

Deuxième opération. — 13 juillet 1899. Chloroforme.

Le nerf péronier est mis à nu depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'à la tête du péroné. Environ à 3 cent. au-dessus de la tête du péroné, le nerf, aminci, blanc, est englobé dans une masse cicatricielle dure et blanchâtre. On le libère soigneusement et on enlève la masse cicatricielle.

Suture. Pansement. Le membre inférieur, fléchi au genou, est mis sur le double plan incliné.

21 juillet. — Premier pansement, guérison *per primam*.

24 juillet. — Le malade se lève ; il marche péniblement avec des béquilles. Pied en extension et rotation interne.

Pendant deux mois et demi, massages, faradisation, exer-

cices. La mobilité augmente dans la hanche; flexion jusqu'à 80°; abduction et adduction à 25° ou 30°; rotation à 20°. La démarche s'améliore.

En septembre, il marche avec une canne. La paralysie rétrocede. En octobre, il va chez lui; il marche pendant des heures sans douleur sensible; sa démarche est un peu claudicante; il porte un soulier avec un appareil avec attelles, à cause de sa paralysie péronière non encore guérie.

OBSERVATION LXXIV

PAYR. — *Langenbeck's Archiv.*, 1901, t. LXIII, p. 952.

LUXATION ILIAQUE DROITE (53 JOURS). — REPOSITION SANGLANTE.
— BON RÉSULTAT.

Un paysan vigoureux de 34 ans se fit, le 20 décembre 1900, en tombant d'une voiture qui allait vite, une luxation iliaque droite. C'est du moins ce que nous concluons des renseignements qu'il donne sur le raccourcissement considérable et la rotation interne du membre après l'accident. Le même jour, deux médecins tentèrent la réduction sans anesthésie. Le cinquième jour après l'accident, le patient fut amené à l'hôpital du pays et, là, des tentatives de réduction furent faites avec anesthésie, mais sans succès.

Au bout de quatre semaines, le malade fut amené à la clinique du professeur Nicoladoni à Graz.

Dans les derniers temps, il avait marché avec des béquilles. Le membre inférieur droit est légèrement fléchi à la hanche, en adduction légère et *en forte rotation en dehors*. Le grand trochanter est au-dessus de la ligne Roser-Nélaton, et le raccourcissement atteint 7 cent.

La région du cotyle est vide. Sous les fessiers, on sent un corps arrondi, gros comme le poing, qu'on croit être la tête fémorale luxée et qui se meut nettement, mais dans de fai-

bles limites, quand on imprime au fémur des mouvements de rotation. Aucun mouvement actif de la hanche; la flexion et l'extension actives ne dépassent pas le tiers des mouvements normaux.

Ce qui est très frappant dans cet examen, c'est la forte rotation externe, que nous devons considérer comme n'appartenant absolument pas à la luxation iliaque, mais produite secondairement dans les tentatives de réduction.

Nous apprîmes du patient que les deux médecins qui le soignèrent d'abord étaient, l'un, un soi-disant docteur en fractures, l'autre un aide, et que le membre avait été fléchi, et tourné tantôt en dedans, tantôt en dehors.

Le 10 janvier 1901, dans l'anesthésie chloroformique profonde, des tentatives de réduction, inutiles, furent faites par nous. Le trochanter descendit un peu, par une forte traction; on améliora nettement la situation du membre mais la réduction ne fut pas obtenue (1).

Après l'insuccès de cette troisième tentative de réduction, le malade accepta l'idée d'une reposition sanglante, et je me proposais de la faire de suite, quand l'éclosion d'un furoncle sur le membre inférieur gauche, et une légère phlébite de la veine poplitée durent la faire reporter à un mois plus tard.

L'opération fut faite par moi le 12 février. Auparavant, on prit deux ordres de précautions : 1° désinfection complète du bas-ventre, de la région fessière, des deux membres inférieurs; purgation; 2° ce qui est encore bien plus important, préparation, non seulement du bassin, mais des deux membres inférieurs, pour pouvoir faire aseptiquement les manœuvres de réduction. Pour cela, on mit des draps stérilisés entre les deux membres, sous le périnée, et à l'aide de compresses stériles, on entoura le bas de la cuisse et fit un

(1) Ces tentatives de réduction furent faites d'après les préceptes du professeur Nicoladoni : le malade est solidement attaché sur une planche, le bassin maintenu par des pièces de linge passées en X sous le périnée, le membre inférieur tenu à l'aide d'écheveaux de soie fixés sur la cuisse, au-dessus des condyles.

solide bandage de traction, grâce auquel on pourrait abaisser la tête au niveau de l'acetabulum.

Opération. — Comme dans les précédentes opérations, je fis l'incision de Kocher pour la résection de la hanche, car à mon avis, c'est la seule qui donne assez de jour sur la cavité cotyloïde comblée par les tissus fibreux. Comme la luxation était relativement récente, j'essayai d'abord d'arriver à l'articulation en suivant le bord inférieur du tenseur du *fascia lata*. Mais je tombai sur des tissus lardacés épais, de sorte que je dus abandonner ce projet, et libérer le trochanter d'après le procédé habituel.

La désinsertion sous-périostée des muscles trochantériens est faite classiquement en avant, en une seule masse. En arrière, au contraire, je ne fis pas cette dénudation entièrement, mais pratiquai seulement la désinsertion sous-périostée de la moitié environ des muscles, qui s'insèrent sur la face postérieure du trochanter. Après que celui-ci eût été ainsi dénudé complètement en avant, partiellement en arrière, je pus arriver sur le col, recouvert par d'épais tissus blancs, nacrés, criant sur le bistouri, et contenant de nombreux ostéophytes.

Suivant le col, je cherchai à libérer la tête : cela présenta de grandes difficultés. Je trouvai là une grosse masse ossifiée, poreuse, ressemblant à de la pierre-ponce, qui paraissait solidement fixée à la face externe de l'os iliaque, et avait le volume du poing : elle se différenciait mal des parties molles voisines. Tout autour étaient des masses ostéoïdes de la consistance d'un cal récent ; les parties molles environnantes étaient hérissées d'ostéophytes mousses ou aigus.

Je reconnus vite que ces masses osseuses n'appartenaient pas à la tête fémorale, mais étaient de nouvelle formation. Des mouvements de rotation du membre me montrèrent que la tête devait se trouver au milieu de ces masses osseuses qui les emprisonnaient comme dans une cage.

J'avais fait préparer, pour cette opération, un très solide

élevateur, long de 50 cent. environ, ressemblant à une pince de carrier; avec cet instrument, je fis une brèche dans la masse osseuse, et enlevai par gros morceaux les ostéophytes qui entouraient la tête. Leur épaisseur était de $1/2$ à $1\ 1/2$ cent. Alors apparut la tête fémorale, intacte, recouverte de cartilage hyalin.

Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est la disposition de cette masse osseuse en dedans : sur sa face interne se trouve une membrane fine, unie, qui a, macroscopiquement, la plus grande ressemblance avec une synoviale, et dont la surface, lisse au toucher, secrète un liquide filant.

Quand on eut enlevé cette masse osseuse et abrasé les tissus lardacés qui l'entouraient, la tête devint mobile; on put la tourner en dedans et en dehors, et l'abaisser dans l'axe du fémur.

La tête et le col libérés, il fallut passer à la libération de la cavité cotyloïde, encore plus difficile. Elle est cachée par un couvercle formé, en partie par les muscles pelvi-trochantériens, en partie par des tissus néoformés.

Ce couvercle fut incisé en croix et repoussé de tous côtés avec l'élevateur; cet instrument nous fut fort utile, permettant de déployer beaucoup de force, ce qui est nécessaire ici. Je me servis aussi d'un solide couteau à tranchant concave, avec lequel je pus enlever de l'acetabulum trois grosses masses fibreuses, ainsi que d'une grande curette tranchante.

Après l'ablation de ces masses, la cavité articulaire apparut, complètement intacte; pas de fracture du sourcil, bourrelet cotyloïdien entier, cartilage d'encroûtement intact. Les restes du ligament rond, rompu ras la tête, formaient une partie des masses fibreuses remplissant l'acetabulum. Le bourrelet cartilagineux fut coupé en cinq ou six endroits, pour faciliter la réduction.

Celle-ci fut pratiquée ainsi : tractions vigoureuses, d'une part, sur les lacs passés sous le périnée; d'autre part, sur la cuisse. Un instrument ressemblant à une énorme gouge à long manche est mis dans l'acetabulum, et sur ce conducteur

creux, la tête rentre dans la cavité, grâce à des mouvements simultanés de rotation interne, d'abduction et de vigoureuse extension, non sans grands efforts. Un mouvement d'abduction la remet complètement en place; elle est alors solidement encastrée dans l'acetabulum, et tous les mouvements passifs peuvent être faits librement; elle est si bien rentrée et entourée jusqu'au col par les ligaments, qu'une relaxation semble impossible. La réduction se fit avec un claquement.

Drain gros comme le doigt à la partie postérieure de l'incision, allant à l'ancienne place de la tête. Petit tamponnement à la Mikulicz en avant; suture du reste de la plaie à deux étages. Epais pansement. Plâtre comprenant le bassin, tout le membre malade et l'autre jusqu'au genou, et maintenant les deux membres en abduction.

L'opération avait duré deux heures.

Shok opératoire considérable; pouls petit, autour de 130 pendant trois jours. Injections de sérum.

Quatre jours après l'opération, on enlève le plâtre, on change le Mikulicz et on place simplement le malade dans une gouttière de Bonnet dont les pièces jambières ont été écartées de façon à avoir l'abduction désirée.

Le 1^{er} mars, la plaie est réunie *per primam*, sauf les petites ouvertures de drainage, et le 20 mars, cinq semaines après l'opération, le malade s'assied pour la première fois.

Une bronchite capillaire, avec un peu d'infiltration pulmonique, qui débuta six jours après l'opération, ne guérit pas complètement, malgré le traitement interne, tant que le malade resta au lit.

Comme point principal du traitement post-opératoire, je signale que, *quinze jours après l'opération, on commença à faire des mouvements passifs au membre*. Chaque jour (au début, après une injection de morphine), on pliait la hanche à angle droit, on la mettait en adduction, abduction, rotation en dedans et en dehors, et j'eus le plaisir de constater que, dans la hanche luxée, les mouvements passifs avaient presque atteint la normale, alors que les mouvements actifs

étaient très faibles encore ; c'est la flexion que le patient obtint d'abord (le psoas-iliaque était intact).

La sixième semaine après l'opération, le malade commença à marcher avec un appareil de Taylor et, dès la cicatrisation complète, on lui fit faire des exercices avec l'appareil pendulaire, et du massage.

Je recommande enfin d'aller, du huitième au quinzième jour, chercher dans la plaie, avec les doigts bien désinfectés, les aiguilles osseuses, les séquestres, qui, malgré tous les soins, sont restés adhérents aux tissus ; on évite ainsi une élimination spontanée très longue, et j'ai constaté que les huitième, dixième et douzième jours on ne pratique jamais cette manœuvre sans ramener au jour de plus ou moins gros séquestres.

Les derniers jours, les mouvements actifs se faisaient dans tous les sens, et j'aurais emmené le malade au Congrès de Berlin (avril 1901), n'était son état général encore mauvais, à cause de sa broncho-pneumonie.

Voilà 28 observations d'arthrotomies qui ont pu être terminées par la réduction ; nous avons maintenant à étudier ces cas, soit au point de vue du manuel opératoire, soit au point de vue des résultats.

Mais il est un fait que nous devons tout d'abord mettre en lumière, c'est que sur ces 28 repositions sanglantes, 11 ont été réussies sur des enfants au-dessous de 15 ans, une sur un garçon de 15 ans, et une autre sur un adolescent de 18 ans ; il ne reste donc que 15 repositions de la hanche chez des adultes, pour luxation traumatique ancienne irréductible. Ce fait est à remarquer, car l'opération est incomparablement moins difficile, et moins grave aussi, sur les enfants ; et d'autre part, c'est chez ces derniers, sur-

tout, qu'elle présente sur la résection les avantages les plus incontestables.

De l'étude des observations résulte également le fait, que presque toutes les repositions sanglantes ont été pratiquées sur des luxations datant de moins de six mois : Lane (LVIII) et Duret (LIII) ont eu affaire à des luxations très anciennes, mais qui n'étaient peut-être pas traumatiques ; Parkes (L) a réussi cependant la réduction à ciel ouvert, chez un adulte, d'une luxation traumatique datant d'un an.

Manuel opératoire.

Nous allons maintenant étudier de près le manuel opératoire qui a été suivi par les différents chirurgiens. Disons d'abord, d'une façon générale, que l'asepsie la plus parfaite est de toute première importance, avant d'entreprendre une aussi grave intervention, et que, de cette asepsie minutieuse, dépend le succès immédiat et éloigné de l'opération ; une infection de la plaie peut, en effet, entraîner la mort plus ou moins rapide du malade (Polaillon, XLVII, et Mikulicz, LXV) ; elle peut nécessiter, comme dans un des cas de Kaufmann (LXXI), la résection secondaire, pour le drainage de l'articulation infectée ; tout au moins, entraînera-t-elle une ankylose complète (Riedel, LXI, Kraske, LXVII) ou presque complète (Bergmann, LXIX, Kaufmann, LXXI) de la hanche. Aussi voyons-nous tous les auteurs de travaux récents sur ce sujet, insister particulièrement

sur ce point. Payr, entre autres, dans son dernier travail, recommande de préparer minutieusement le malade : il faudra désinfecter non seulement la région opératoire elle-même, mais encore les deux membres inférieurs, le bassin, les organes génitaux et l'abdomen. Le membre inférieur sain devra être enveloppé d'un pansement aseptique, de même que le bas du membre malade, cela afin que le chirurgien et ses aides puissent, au cours de l'intervention, pratiquer les manœuvres nécessaires à la reposition de la tête fémorale, sans risquer de s'infecter les mains, et de venir ensuite souiller la plaie. C'est à une faute de ce genre que Polaillon, avec juste raison, semble-t-il, a attribué la mort de son malade.

Les précautions habituelles du côté du tube digestif seront d'autant moins négligées, qu'il est bon de constiper le malade, pendant quelques jours après l'intervention, afin d'éviter que le pansement ne soit souillé par les matières fécales.

Enfin, il semble que l'anesthésie à l'éther soit ici plus particulièrement indiquée, car l'opération est longue et pénible, et expose le malade à de grands dangers de shok opératoire ; l'école chirurgicale de Lyon continue à préférer, dans des cas semblables, l'éther au chloroforme comme produisant moins de dépression nerveuse.

L'instrumentation devra comprendre tout l'arsenal des opérations osseuses. Payr recommande d'y ajouter une sorte d'élévateur très puissant, et, d'autre part, une cuiller solide, ressemblant un peu à une corne de soulier ; on fera glisser la tête fémorale sur elle,

pour la faire rentrer dans la cavité cotyloïde. Il sera utile également d'avoir à sa disposition une vis de Lorenz, dûment stérilisée, afin de pouvoir, au besoin, si la rétraction musculaire est gênante, faire une extension puissante, progressive et exactement calculée.

Passons au manuel opératoire lui-même. Toutes les voies d'accès classiques ont été employées par les divers opérateurs, pour arriver à l'articulation de la hanche. Il faut remarquer d'abord, que, sur une hanche luxée, les rapports normaux sont changés ; dans les luxations iliaques, les plus nombreuses, le trochanter est déplacé en haut et en arrière, la tête fémorale est dans la fesse, plus ou moins haut suivant le degré du traumatisme ; dans les luxations ischiatiques, le trochanter, très saillant, est rejeté en dehors, la distance qui le sépare de l'épine iliaque antéro-inférieure est augmentée. Enfin, dans les luxations ovalaires, le trochanter est caché dans les masses musculaires, peu accessible, et situé bien plus en dedans, presque directement au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure. De ces modifications dans les rapports, résultent évidemment des changements dans les lignes d'incision, qui sont repérées, principalement, par rapport au trochanter.

Néanmoins, on peut diviser les procédés opératoires, utilisés dans les cas qui nous occupent, en trois classes : incisions antérieures, incisions postéro-externes, et enfin, incision du second procédé d'Ollier, dit procédé à tabatière.

I. — INCISIONS ANTÉRIEURES. — Les incisions antérieures ont utilisé des tracés un peu différents ; l'incision de Schede et Lücke pour la résection, l'incision de Hüter, et une autre, intermédiaire, analogue à celle préconisée récemment par M. Rochet. L'incision de Max Schede et Lücke est verticale : elle commence au niveau du pli de l'aîne, à deux travers de doigt en dedans de l'E. I. A. S., et descend, sur la longueur nécessaire, le long du bord interne du muscle couturier. L'aponévrose est coupée le long de ce bord, le couturier rejeté en dehors ; on fléchit le membre, ce qui permet d'écarter en dedans le psoas-iliaque, et d'arriver sur la cavité cotyloïde. Ce procédé a été employé par Spenzer (LXVI) sur un enfant de 7 ans, ayant une luxation iliaque assez ancienne ; il put facilement nettoyer l'acetabulum des masses fibreuses qui le remplissaient, et il fait remarquer qu'il n'aurait pas pu y arriver par une incision postérieure. La tête fémorale étant peu adhérente, il put faire la reposition ; remarquons qu'il s'agit d'un enfant. En effet Riedel (LXII), qui fit chez un adulte une incision analogue, mais plus interne, dans un cas de luxation ovulaire, ne put arriver, par cette seule ouverture, à libérer la tête et le col, et dut, pour mener à bien son intervention, pratiquer sur le trochanter une seconde incision, qui lui permit de le dénuder.

L'incision de Hüter suit le bord externe du couturier ; commençant au dessous de l'E. I. A. S., elle descend suivant l'axe de la cuisse ; on incise l'aponévrose crurale entre le couturier et le tenseur du *fascia*

lata, et, sur une hanche normale, on se trouve ainsi au niveau de la face antérieure du col. Cette incision a été employée par Helferich (LIV) qui sectionna le ligament de Bertin, et put réduire facilement ; il s'agissait d'une luxation iliaque de 17 jours, chez un enfant de quatre ans. Polaillon (XLVII) procéda de même chez un homme de 46 ans ayant une luxation ovulaire datant de 17 jours ; il put désinsérer les muscles de la face antérieure du trochanter, couper la capsule, qui empêchait la réduction, et réduire par flexion, rotation externe et extension.

Enfin Riedel (LXI), dans son second cas de luxation ovulaire, utilisa un tracé intermédiaire aux précédents ; il incisa en dedans du bord antérieur du trochanter luxé, et il passa entre le couturier d'une part, le droit antérieur et le tenseur du *fascia lata*, d'autre part ; il fit la désinsertion sous-périostée des muscles trochantériens antérieurs, et put facilement réduire ; il avait affaire à un enfant de 11 ans.

Rappelons enfin que l'incision antérieure fut faite également par Villeneuve (obs. XVII) dans un cas de luxation sous-pubienne, par Bloch (XXXIV) et par M. Gangolphe (LV) dans des cas de luxations iliaques ; Villeneuve fut conduit à une ostéotomie ; les deux autres chirurgiens firent une seconde incision postérieure sur la tête luxée.

En somme, l'incision antérieure a été pratiquée 5 fois avec succès : 2 fois pour des luxations iliaques, toujours chez des enfants, 3 fois pour des luxations antérieures. Dans les luxations iliaques, il est certain

que, chez les adultes, elle sera absolument insuffisante, ne permettant pas d'aller libérer le grand trochanter, et surtout le col et la tête du fémur; en effet, MM. Gangolphe et Bloch durent faire une seconde incision. Chez les enfants, au contraire, à cause du volume moindre des masses musculaires, il semble qu'on puisse l'utiliser avec quelques chances de succès; outre qu'elle réduit au minimum les délabrements musculaires, elle permet d'arriver facilement sur la partie antérieure de l'articulation, et d'aller libérer la cavité cotyloïde. Elle présente, cependant, au point de vue du pronostic éloigné, un inconvénient assez sérieux: on est amené forcément, dans ce procédé, à sacrifier la partie antérieure de la capsule coxo-fémorale, avec le puissant ligament de Bertin; et ne faut-il pas craindre pour la solidité ultérieure de la jointure, quand on l'aura privée de son moyen d'union le plus important?

Pour ce qui est des luxations en avant, les seules dont on ait réussi la réduction sanglante, sont précisément les trois que nous venons de citer, et elles furent abordées par devant. Il semble donc que l'incision antérieure est bien l'incision de choix pour ces cas; Villeneuve, cependant, nous dit qu'il ne put arriver à sentir la cavité cotyloïde, et que, pour la dégager, il aurait fallu faire une incision plus externe. De même, Riedel, chez un adulte, dut faire une seconde incision sur le trochanter; il y aura donc toujours avantage à reporter l'incision en dehors. De l'examen des faits, on peut donc conclure que pour les luxations antérieures, c'est une incision analogue à

celle de Hüter, portant à peu près au niveau du trochanter déplacé, qui donnera le plus de jour pour la réduction.

II. — INCISIONS POSTÉRO-EXTERNES. — C'est le procédé qui a été, de beaucoup, le plus fréquemment employé. Il se divise en plusieurs variétés, ayant toutes ce point commun, qu'une partie de l'incision porte sur le grand trochanter. Le type autour duquel oscillent les différents tracés, est celui d'Ollier pour la résection de la hanche : incision angulaire à sinus antérieur, commençant 4 travers de doigt au dessous et 4 travers de doigt en arrière de l'E. I. A. S., se dirigeant vers le sommet du trochanter, puis suivant le bord postérieur de celui-ci, dans la direction de l'axe du fémur. L'incision que les auteurs allemands appellent incision de Langenbeck, a été décrite en même temps, en 1867, par celui-ci, et par Ollier ; ce n'est pas tout à fait celle que nous venons d'indiquer ; sa moitié inférieure coïncide exactement avec la précédente ; mais la moitié supérieure, au lieu de se couder en avant, continue tout droit, coupant le grand fessier suivant la direction de ses fibres, tendant vers l'E. I. P. S. Toute cette moitié de l'incision est donc *beaucoup plus postérieure* que celle d'Ollier.

Au contraire, il existe un certain nombre de tracés plus antérieurs : d'abord l'incision donnée par Hoffa et Lorenz (deuxième méthode) pour la cure sanglante de la luxation congénitale ; ils recommandent de suivre le bord postérieur du tenseur du *fascia lata*, et d'aborder le col du fémur entre ce muscle et le moyen

fessier. Enfin Kocher recommande une incision assez analogue ; sa moitié inférieure est dirigée suivant l'axe du fémur, mais suit le milieu, et non le bord postérieur, du trochanter ; sa moitié supérieure est concave en arrière ; elle part à deux travers de doigt au-dessous et en arrière de l'E. I. A. S., descend en se dirigeant en avant, puis se recourbe progressivement en arrière, va atteindre le sommet du trochanter qu'elle traverse obliquement, pour se réunir à la moitié inférieure.

Allant d'avant en arrière dans l'étude de ces différents procédés, nous trouvons d'abord ceux de Hoffa et de Kocher ; ils ont donné de très bon résultats et ont souvent permis la reposition. L'incision de Hoffa fut employée chez un enfant par Küster (LVII) ; il eut quelque peine à libérer la tête et le col ; il dut désinsérer la plupart des muscles pelvi-trochantériens ; par contre, il arriva assez facilement sur la cavité cotyloïde ; la trouvant comblée par du tissu ostéo-fibreux, il recreusa, à la gouge et au maillet, une nouvelle cavité où il remplaça la tête fémorale intacte. Chez des adultes, cette incision fut utilisée avec succès cinq fois ; c'est, en effet, celle que recommandait Fiorani et qu'employa Vecelli (XLIX) ; Harris (LX), Kaufmann une fois (LXXII) et Payr deux fois (LXXIII et LXXIV) purent, par cette voie, pratiquer la reposition de luxations assez anciennes.

Payr, notamment, déclare l'incision de Kocher la meilleure pour avoir du jour sur le champ opératoire ; elle permet de nettoyer complètement l'acetabulum,

qu'on a sous les yeux, et qui n'est pas caché par la tête fémorale; d'autre part, elle lui a permis, dans son second cas, de venir à bout de la réduction sanglante sans désinsérer tous les muscles pelvi-trochantériens; il lui a suffi de libérer à la rugine la face antérieure du trochanter et du col, et une partie seulement de la face postérieure.

Ce qui fait le grand avantage de cette incision, c'est que, d'une part, par sa moitié inférieure, elle permet une dénudation facile du trochanter et du col fémoral, d'autre part, sa moitié supérieure est dirigée *en avant*, et permet par conséquent d'avoir sur la région cotyloïdienne un jour suffisant; dans une luxation iliaque, on aura donc sous les yeux la partie antérieure de la capsule, celle précisément qui, rétractée, empêche la rentrée de la tête dans le manchon fibreux et, adhérente au pourtour de l'acetabulum, obture celui-ci d'une façon absolue.

L'incision d'Ollier, à angle ouvert en avant, présente des avantages analogues; peut-être, pourtant, sa partie supérieure, moins nettement dirigée en avant, donnera-t-elle un jour moins large sur le cotyle. C'est néanmoins à l'aide de cette incision que M. Chandelux a pu réduire à ciel ouvert, chez deux hommes vigoureux, des luxations iliaques (obs. LV et LVI) datant l'une de vingt-cinq, l'autre de trente-sept jours. Le tracé d'Ollier permet, comme toujours, d'arriver facilement sur le col, mais pour arriver à découvrir la capsule et la partie postérieure du rebord cotyloïdien, M. Chandelux employa une manœuvre, consistant à faire vigoureusement pro-

pulser en haut et en dehors toute l'extrémité supérieure de la cuisse; de cette façon, le col cessa de cacher la capsule rétractée, et une incision longitudinale de celle-ci, complétée par sa désinsertion partielle du rebord cotyloïdien, permirent la réintégration. L'incision d'Ollier permet donc de faire la reposition sanglante d'une luxation iliaque.

Avec l'incision de Langenbeck, au contraire, nous allons voir que les opérateurs ont eu parfois à se heurter à de grandes difficultés et ont été amenés à des sacrifices étendus, du moins chez les adultes. Ce manuel opératoire fut suivi dans 12 cas : 7 fois pour des enfants, 5 fois pour des adultes. Voyons d'abord les enfants; Riedel (XLVIII, LII) fit ses premières réductions sanglantes avec l'incision de Langenbeck; c'étaient des luxations iliaques : l'un des malades avait 15 ans, l'autre 5 ans; chez le premier, Riedel trouva une fracture longitudinale de la tête et du col; il enleva le fragment séparé et put assez facilement réintégrer le reste; chez l'autre, il fallut sectionner une partie des muscles trochantériens. Duret (LIII) et Lane (LVIII) ont eu affaire à des luxations à ligaments très lâches. Lane put, par l'incision postérieure, recreuser le cotyle; c'était un enfant de 7 ans. Bell (LXX), fit l'incision sur le trochanter, désinséra les muscles et nettoya assez difficilement le cotyle. Kaufmann (LXXI) fit l'incision plus postérieure encore, sur le trochanter et la tête luxée; ayant libéré la tête, il put passer le doigt audessous du col, assez pour libérer le cotyle. Enfin Gerster (LIX) fit une simple reposition, sans libérer

le cotyle ; mais la luxation se reproduisit et, quelques mois plus tard, Gibney dut creuser un nouvel acetabulum.

Chez les adultes, nous trouvons d'abord les deux cas de Parkes (L, LI) ; dans le premier, on détacha du trochanter toute sa musculature, et l'on put ainsi atteindre la cavité cotyloïde ; dans l'autre, le jour fut agrandi par une seconde incision perpendiculaire, donnant un tracé en T. Kraske (LXVII) employa, pour arriver à découvrir l'acetabulum, une manœuvre analogue à celle de M. Chandelux ; le membre fut porté en rotation en dehors et abduction ; on put ainsi arriver sur la face antérieure du col et désinsérer la capsule. Enfin Bergmann (LXVIII, LXIX), dans un cas datant de cinq semaines, put réduire sans avoir à libérer la cavité cotyloïde ; dans un autre, bien plus ancien, mais chez un jeune homme de 18 ans, il détacha péniblement les adhérences antérieures et eut de grandes difficultés de réduction.

L'incision postérieure de Langenbeck a donc permis assez facilement des réductions sanglantes, chez les enfants ; chez les adultes, au contraire, et surtout dans les luxations un peu anciennes, elle a rendu difficile la désinsertion de la partie antérieure de la capsule et la libération de la cavité cotyloïde, et a nécessité, plusieurs fois, des sacrifices musculaires étendus.

Ajoutons que, dans nombre de cas où la réduction sanglante a été tentée et a dû se terminer par la résection, c'était par l'incision de Langenbeck qu'on avait abordé l'articulation.

III. — PROCÉDÉ DE LA TABATIÈRE D'OLLIER. —

Ce procédé a été employé par Mikulicz dans les trois cas de luxations traumatiques de la hanche qu'il eut l'occasion d'opérer (LXIII, LXIV, LXV). On sait qu'il consiste à inciser la peau suivant une courbe à convexité inférieure, embrassant le sommet du grand trochanter ; l'aponévrose et la partie inférieure du tendon du fessier sont coupés, et le trochanter, scié à sa base, est relevé avec tous les muscles qui s'y insèrent. Dans une des observations de Mikulicz, il s'agissait d'un garçon de 8 ans, ayant une luxation iliaque traumatique datant de deux mois et demi ; la réduction se fit bien, et on put facilement suturer le trochanter. Les deux autres opérations ont été faites sur des adultes, porteurs de luxations ischiatiques vieilles de plus de quatre mois. Mikulicz put sectionner la capsule rétractée, nettoyer le cotyle et réduire ; les deux fois, il réussit aussi à réappliquer le trochanter et ses muscles, et à le maintenir par des sutures métalliques. C'est précisément là, le point dangereux de la méthode ; il est certain que le relèvement du couvercle ostéo-musculaire, donne sur l'articulation de la hanche un jour énorme, et permet d'opérer à son aise. Mais, outre qu'il est habituel de réserver ce procédé aux enfants, il semble que dans des cas de luxation ancienne, avec les rétractions musculaires qu'on observe ordinairement, la réapplication du couvercle, la fermeture de la tabatière, doive être particulièrement difficile, et, ajouterons-nous, aléatoire ; on n'est pas certain, en effet, surtout chez des adultes, de la consolidation osseuse, et on risque de

voir s'atrophier tout le groupe des muscles abducteurs, dont la conservation importe au plus haut point, car l'abduction est le mouvement le plus long à revenir après une lésion coxo-fémorale. Il est possible que le bon résultat immédiat, obtenu par Mikulicz, dans ses trois cas, soit dû : dans l'un, à ce qu'il a eu affaire à un enfant, ayant une luxation peu ancienne ; dans les deux autres, à la nature de la luxation : dans la position ischiatique, en effet, la tête et, par là-même, le trochanter sont beaucoup moins remontés que dans la position iliaque ; le raccourcissement musculaire est donc moindre et, partant, la réapplication du trochanter plus facile. Nous doutons que ce procédé, si élégant pour la résection de la hanche, puisse donner de grandes facilités, pour réduire à ciel ouvert une luxation iliaque un peu ancienne.

Pour résumer ce que nous venons d'exposer sur les voies d'accès de la hanche dans les luxations anciennes, nous dirons que, d'une façon générale, l'incision doit porter sur le grand trochanter et se prolonger en haut et en avant. Donc, dans les luxations en avant, c'est une incision antéro-externe, analogue à celle de Hüter, qui permettra le mieux de mener à bien l'opération et, dans les luxations en arrière, l'incision qui donne le plus de jour, a un tracé angulaire à sinus antérieur, sa partie inférieure suivant l'axe du trochanter (plutôt en avant de cet axe qu'en arrière), sa partie supérieure allant de la pointe

du trochanter au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure (Incision de Kocher).

L'incision une fois faite, il faut, en prévision de toutes les difficultés, de libération de la tête, et ensuite de réduction, se donner beaucoup de jour. Si l'on a employé l'incision d'Ollier, on doit, après avoir écarté en arrière le bord antérieur du grand fessier, diviser, dans le sens de ses fibres, le moyen fessier; on peut diviser également le petit, ou encore le récliner en avant; on arrive ainsi sur la base du col. L'incision de Kocher mène plus en avant; le moyen et le petit fessiers se trouvent compris dans la lèvre postérieure; en avant se trouve le bord postérieur du tenseur du *fascia lata*. Arrivé sur le trochanter, il faut le libérer complètement. Le meilleur procédé pour cela, consistera à inciser longitudinalement le périoste jusqu'à l'os, sur la face externe du trochanter, sur son sommet et sur la base du col; puis à dénuder les deux faces à la rugine, en faisant deux lèvres périostomusculaires, une qui sera rejetée en avant, l'autre en arrière. C'est en avant que cette dénudation sera poussée le plus loin; elle est absolument indispensable pour pouvoir aborder facilement la capsule. Payr a montré, dans sa dernière opération, qu'on peut quelquefois respecter, au moins en partie, les insertions musculaires postérieures.

En tous cas, il faut conserver avec soin la continuité des tendons avec le périoste, et l'on doit repousser absolument le procédé employé par la plupart des opérateurs anglais, qui coupent au ras du tro-

chanter les insertions des muscles, sans s'inquiéter de l'atrophie qui en résultera. Par contre, il faut, sans hésiter, couper les brides ligamenteuses, notamment le tendon de l'obturateur interne, ou fibreuses, débris de la capsule, qui embrassent le col en sautoir et forment un des obstacles les plus sérieux à la reposition.

Ecartant alors la lèvre postérieure de l'incision, on passe à la libération de la tête fémorale. Ce temps est généralement facile : la tête est sous le grand fessier, enveloppée parfois dans une capsule plus ou moins bien formée ; mais l'incision de cette capsule, suivie d'un mouvement de rotation externe de la cuisse, suffit, le plus souvent, à luxer la tête hors de sa néarthrose. Payr a cependant trouvé (Obs. LXXIV), chez un homme de 36 ans, la tête complètement enveloppée par une masse osseuse néoformée, qu'il fallut morceler et extraire. Dans les luxations antérieures, ce temps de la dénudation de la tête sera bien plus difficile ; c'est en soulevant, au contraire, la lèvre antéro-interne de l'incision, qu'on pourra arriver à la pratiquer, plus ou moins péniblement. Si cette libération était trop difficile, il n'y aurait pas d'inconvénient à faire, directement sur la tête luxée, une seconde incision, qui servirait en même temps au drainage.

L'extrémité fémorale, ainsi mise à nu, est ordinairement saine ; il est rare que, dans les luxations d'origine traumatique, elle présente des altérations inflammatoires ; on constate quelques boursouflures

et un peu d'irrégularité de la surface cartilagineuse, rien de plus. Si la tête est plus ou moins fracturée, on enlèvera les fragments isolés, et arrondira l'extrémité osseuse.

Il faut maintenant passer à l'incision de la capsule articulaire, et à la libération de l'acetabulum. Or, le manchon capsulaire n'existe plus, on se trouve ordinairement en présence d'un trochanter solidement fixé contre le bassin, par une masse de tissus fibreux, très résistants, qui, insérés à la base du col, se dirigent, de là, vers la région cotyloïdienne : restes de la capsule traumatisée et cicatrisée, débris de muscles déchirés, parfois même, masses ossifiées dues à la prolifération de morceaux de périoste arrachés lors de l'accident. C'est là que se trouve le plus grand obstacle à la réduction ; c'est pour avoir du jour sur ces parties fibreuses et sur leur insertion coxale, qu'il est nécessaire de diriger en avant le haut de l'incision cutanée.

Ecartant donc largement la lèvre musculo-périostique antérieure, on sectionne en long cette masse fibreuse ; il peut arriver, dans les luxations peu anciennes, que la cavité articulaire ne soit pas complètement effacée ; les deux faces de la capsule sont accolées, mais pas encore soudées en totalité. Il suffit alors, après l'incision longitudinale, de séparer à la rugine le bord postérieur de la capsule, de son insertion acétabulaire ; le doigt, introduit dans le cotyle sentira qu'il est libre, et la réduction pourra se

faire : mais ce sont là les cas faciles, ceux où la luxation ne date pas de plus d'un mois ou deux.

Quand elle est plus ancienne, la lecture des observations démontre que la capsule et les parties voisines ne forment plus qu'une masse compacte, fibreuse, criant sous le bistouri, adhérent très solidement non seulement au rebord cotyloïdien, mais à toute la cavité : à tel point que parfois il est impossible de reconnaître même la place du cotyle. Il faut alors libérer celui-ci; Payr nous dit que la libération à la rugine est presque toujours faisable, et recommande de la pousser jusqu'à ce que le cartilage articulaire soit partout à nu : pour les adultes, dans les luxations traumatiques, la chose est ordinairement possible. Mais dans quelques cas, il a fallu recreuser à la gouge et au maillet une nouvelle cavité cotyloïde; c'est pour n'avoir pas pris cette précaution que Gerster (LIX) a vu se reproduire la luxation qu'il avait réduite, et que Duret (LIII) n'a pas obtenu une fixation solide de la tête fémorale. Harris, au contraire (LX), après avoir curé le cotyle, ne le trouvant pas assez profond pour maintenir la tête, le creuse à la gouge et obtient une réduction solide. En somme, dans 14 cas, on put réduire sans avoir à libérer la cavité cotyloïde : la luxation ne datait pas de plus de deux mois; dans 11 cas, une libération, plus ou moins pénible, de l'acetabulum, soit à la rugine seule, soit à la rugine et à la curette fut nécessaire, et dans 3 cas enfin, (Küster, LVII, Lane, LVIII, Harris LX) auxquels il faut ajouter l'intervention secondaire de Gibney (LIX), on dut creuser à la gouge une nouvelle cavité cotyloïde.

Reste enfin à pratiquer la réduction : dans les luxations peu anciennes, c'est un temps facile, à condition qu'on ait soigneusement préparé le chemin à la tête fémorale, par la libération du tissu fibreux qui la séparait de la cavité cotyloïde ; il suffira alors, en général, des manœuvres habituelles de réduction, qui seront pratiquées par des aides : flexion, abduction et rotation externe, pour les luxations en arrière, flexion, adduction, rotation interne, pour les antérieures, pendant que le chirurgien dirige lui-même la tête vers l'acetabulum. Quand, au contraire, la luxation date de plus d'un mois, la manœuvre devient pénible, les muscles résistent. Quelques chirurgiens, pour la faciliter, font des ténotomies, notamment des adducteurs (Duret) : nous ne voyons pas qu'il puisse y avoir à ce procédé d'inconvénient sérieux, à condition, bien entendu, qu'on ne sacrifie que quelques muscles, particulièrement rétractés. Il est rare que les tractions simples, faites par un aide vigoureux, n'aient pas suffi à faire rentrer la tête, si la libération a été faite soigneusement ; pourtant, peut-être, pourrait-on employer la vis de Lorenz, dans les cas difficiles.

Enfin, l'opération sera terminée par une hémostase soigneuse.

Nous arrivons enfin à l'importante question des *sutures* et du *drainage*. Il n'est pas un chirurgien qui hésite à drainer, largement, une plaie aussi profonde et aussi anfractueuse, que celle d'une arthrotomie de la hanche. C'est d'autant plus indispensable que la

dénudation du périoste, l'excision de tissus fibreux néoformés plus ou moins vasculaires, et enfin le forage d'un nouvel acetabulum, s'il a été nécessaire, vont produire, dans les jours qui suivront l'opération un abondant suintement séro-sanguin, quelque parfaite qu'ait été d'ailleurs l'hémostase.

Le drainage devra surtout viser deux points : d'abord le pourtour de l'articulation, où ont porté les manœuvres les plus violentes, ensuite la région où se trouvait la tête fémorale luxée ; il existe là, en effet, une cavité entourée de tissus résistants qui s'accoleront difficilement, et où pourra se produire un hématome, prompt à suppurer. Dans les luxations ovalaires, cette précaution est très importante, car le pourtour du trou obturateur réagit vite, et forme un véritable acetabulum, borné par du tissu ostéo-fibreux ; aussi sera-t-il alors indiqué de pratiquer d'emblée une incision de drainage en ce point ; on évitera ainsi d'être amené, comme Riedel (LXI) à la faire secondairement.

Dans les luxations iliaques, les parois de la cavité sont en général moins rigides, et le grand fessier, qui la recouvre, vient aider à leur accolement. Il ne faut pas négliger, néanmoins, d'assurer par un gros tube l'écoulement des liquides.

Il y aura donc, en général, deux drains, gros comme le doigt, dont l'un, longeant le col, ira se terminer sur la tête fémorale replacée, et l'autre plongera dans la cavité de la néarthrose. Le reste de la plaie devra être tamponné à la gaze aseptique, surtout au niveau des parties osseuses qu'on aura été obligé de dénuder ;

on assurera ainsi le drainage capillaire de toutes les anfractuosités de la plaie.

La plupart des chirurgiens, après avoir drainé, ont suturé plus ou moins. Riedel, au contraire, dans ses trois dernières opérations, suivant les principes de la *Chirurgie à ciel ouvert*, préconisée par notre maître Poncet, laissa tout ouvert, tamponnant la plaie avec de la gaze iodoformée ; dans son second cas de luxation ovalaire (LXII), il avait fait deux incisions : une interne sur la tête luxée, l'autre plus externe sur le trochanter, et il attribue l'excellence du résultat à ce que la sérosité sanguinolente, sécrétée dans la cavité de la néarthrose, a pu s'échapper au dehors, par la plaie interne béante. Allant plus loin, et pour assurer l'écoulement des liquides hors de l'acetabulum ruginé, il enleva, dans un cas (LXI), un fragment de la partie inférieure du rebord cotyloïdien ; dans ce cas, cependant, de même que chez un opéré de Bergmann (LXIX), on vit se former de la rétention et des abcès, derrière les muscles prématurément accolés.

Cette suppression absolue des sutures sera le meilleur moyen d'éviter des accidents de rétention, à condition de bourrer la plaie de gaze iodoformée ; elle ne retardera pas la guérison, car, même quand on ferme, il faut laisser les drains un mois ou deux ; enfin, la cicatrice cutanée ne sera, en général, guère plus difforme après un certain temps ; quant à l'inconvénient tenant à la situation même de la plaie, dans une région difficile à préserver du contact de l'urine et des matières fécales, il n'est pas augmenté

par la suppression des sutures : remarquons en effet qu'au bout d'une dizaine de jours, l'infection d'une plaie cicatrisant en surface, par granulation, n'est plus à redouter.

Les autres opérateurs ont fait des sutures. Mikulicz (LXIII, LXIV, LXV) après avoir rabattu le trochanter et l'avoir fixé par deux ou trois fils métalliques osseux, faisait quelques points cutanés à ce niveau et laissait ouvertes les deux parties antérieure et postérieure de la plaie, qu'il bourrait de gaze. D'autres ont fait des sutures étagées au catgut. Les sutures profondes sont destinées à assurer l'accolement des lèvres capsulaires ; mais, une fois la reposition faite, il reste rarement assez de tissu fibreux pour entourer le col d'une gaine complète. Il n'y a, d'ailleurs, pas grande nécessité à cela ; si l'on a pu conserver les parties antérieures du manchon fémoro-acétabulaire, et que la cavité cotyloïde soit bien libérée, la tête fémorale réduite y est solidement maintenue, et le tissu cicatriciel qui se formera dans la suite assurera sa fixité ; l'avantage qu'il y aurait à suturer la capsule, serait de rendre moins douloureuse la mobilisation précoce. Les sutures musculaires importantes sont celles qui permettront de réunir les deux bouts des muscles qu'on aurait été obligé de sectionner, au cours de l'intervention. Il sera utile d'accoler, sur la face externe du grand trochanter, les deux lèvres de l'incision faite au manchon fibro-périostique du fémur ; mais on devra ménager les ouvertures de drainage. Il va sans dire que le catgut a été employé par tous les chi-

rurgiens, craignant avec raison que l'élimination des fils de soie ne crée des fistules interminables.

On pourrait, du reste, se contenter d'une simple suture métallique profonde, comprenant la peau et les plans musculaires. Quant aux sutures cutanées, elles ne devront jamais que rapprocher partiellement les lèvres de la plaie pour hâter sa cicatrisation ; et on devra être prêt à les faire sauter s'il y a la moindre menace de suppuration.

Les soins consécutifs sont à envisager, d'abord pour le traitement de l'état général et de la plaie, ensuite, et surtout, pour celui de la jointure. L'état général de l'opéré est souvent alarmant après des interventions semblables, qui durent une heure et demie, parfois deux heures, et plus ; aussi, faut-il stimuler le patient par tous les moyens habituels, injections d'éther et de caféine, et surtout injections sous-cutanées de sérum.

La plaie doit être protégée par un pansement très épais, à cause du suintement abondant qui suit ordinairement l'opération. Quelquefois, ce pansement pourra rester en place une semaine ; plus fréquemment, on sera obligé de le changer le lendemain ou le surlendemain ; inutile de dire avec quelle asepsie. Les mèches sont, en général, retirées au bout d'une huitaine ; les drains, au contraire, progressivement diminués, restent en place au moins un mois.

L'immobilisation du membre doit être assurée pendant les premiers jours ; certains chirurgiens

ont préféré l'extension continue (Riedel, Mikulicz, etc.), d'autres des appareils plâtrés (Bergmann, Payr), d'autres enfin ont combiné ces deux moyens (Küster). L'extension continue est préférable, quand la tête réduite tient bien en place, qu'il y a à lutter contre du raccourcissement musculaire ; le malade, mis dans une gouttière Bonnet, doit avoir une position d'abduction assez accentuée. Quand la tête a tendance à quitter de nouveau l'acetabulum, le plâtre permet de la maintenir avec plus de sécurité ; l'attelle qui a été ordinairement employée est une grande attelle ventrale, comprenant tout le membre malade, le bassin, et parfois même la cuisse saine.

Mais cette immobilisation ne doit pas être prolongée ; le plus rapidement possible, au contraire, on doit pratiquer sur la hanche des mouvements passifs. Payr conseille de les commencer dès le quinzième jour ; il s'est bien trouvé de cette hâte ; les premières séances sont très douloureuses ; il faut s'aider de la morphine, ou même, chez les enfants, de l'anesthésie, pour les pratiquer ; mais, bientôt, les mouvements passifs deviennent plus amples, en même temps que le patient arrive à lever le genou, puis le talon, du plan du lit. Au bout de deux mois, le malade peut commencer à se lever, soit avec un appareil orthopédique, soit simplement avec des béquilles ; dès lors, les massages, les bains et, surtout, la gymnastique active, doivent être mis en œuvre contre cette atrophie musculaire persistante, qui suit toutes les lésions articulaires. Si l'on a eu affaire à un enfant, bientôt les mouvements

deviendront de plus en plus considérables ; en courant, en jouant, l'enfant mobilise puissamment son articulation, et c'est dans le jeune âge qu'ont été obtenus les plus parfaits résultats. Les adultes, au contraire, après une reposition sanglante, comme après une simple réduction, gardent souvent pendant longtemps de la raideur articulaire, des craquements, quelques douleurs aux changements de temps ; ce n'est que par un traitement prolongé qu'on pourra arriver à bout de ces troubles, peu graves en somme, et permettant une vie sociale normale.

Si les suites opératoires, au lieu d'être simples, sont septiques, la conduite est toute autre. La plaie doit être largement réouverte, et pansée à plat ; il faudra soigneusement rechercher les diverticules où se peut collecter le pus, et les drainer. Enfin, si l'état général devient menaçant, il ne faudra pas hésiter à assurer un drainage complet de l'articulation infectée, par la résection de la tête fémorale. C'est grâce à cette intervention secondaire, pratiquée un mois après, que Kaufmann (LXXII) a sauvé la vie de son malade, gravement menacée un moment. Il va sans dire, que, dans ce cas, une immobilisation rigoureuse sera longtemps nécessaire, et que l'ankylose en bonne position, extension et abduction légère, devra être recherchée.

Résultats

L'étude des résultats immédiats des repositions sanglantes nous donne sur vingt-huit cas : trois morts, cinq suppurations, vingt suites simples.

Parmi les trois morts, deux sont dues à l'infection de la plaie. Polaillon (XLVII) perdit son malade en deux jours, de gangrène gazeuse. Mikulicz (LXV) vit se développer rapidement des phénomènes d'infection grave, que n'enrayèrent pas le large débridement de la plaie ; la luxation se reproduisit et, deux mois après l'opération, le malade, un adulte vigoureux, succombait de septicémie. Les résultats de l'autopsie, (tête fémorale partiellement nécrosée, acetabulum plein de pus), amènent à se demander si, dans ce cas, une résection secondaire de drainage n'aurait pas pu sauver le malade. Enfin le second opéré de M. Chandelux (LVI) mourut du shok opératoire, ce qu'explique bien la gravité et la longueur de ces opérations.

Nous avons donc une mortalité de 1/9, pour la reposition sanglante, mortalité assez forte, quoique inférieure à celle de la résection : ce qui tient sans doute, au redoublement des soins antiseptiques préopératoires dans les réductions à ciel ouvert, opérations plus récentes.

Dans cinq cas, l'opération a été suivie d'infection et de suppuration plus ou moins prolongée ; Kraske (I.XVII) et Bergmann (LXIX), sur des adultes, Riedel

(LXI) et Kaufmann (LXXI), sur des enfants, eurent des abcès, des fistules avec élimination de petits séquestres, durant, dans ce dernier cas, pendant deux ans. Enfin, chez un adulte, Kaufmann (LXXII) réséqua la hanche, un mois après la réduction sanglante, et sauva la vie de son opéré.

Dans les vingt autres cas, les suites opératoires ont été parfaites ; la plaie, après un abondant suintement pendant deux ou trois jours, s'est réunie complètement, et on a pu supprimer le drainage entre un mois et demi et deux mois après l'intervention.

Nous arrivons maintenant aux résultats éloignés ; ils peuvent être classés en trois catégories : résultats parfaits, avec *restitutio ad integrum* de la fonction (7 fois) ; bons résultats, avec une hanche mobile, permettant la marche sans claudication, mais laissant une certaine gêne dans les mouvements étendus (11 fois) ; enfin, résultats médiocres (6 fois), où l'on trouve surtout l'ankylose.

Dépouillant les observations, nous trouvons d'abord un résultat éloigné inconnu : celui de Spenser (LXVI). Parmi les 24 autres, on a obtenu 7 fois un résultat parfait. Chez les adultes : Veceili (XLIX) nous dit que les résultats furent excellents ; M. Chandelux (LV) a obtenu, chez son malade, un retour complet à l'état normal. Mais c'est surtout chez les enfants qu'on a pu voir la fonction revenir absolument à son état antérieur ; on a pu constater après un an (Bell, LXX), dix-huit mois ou deux ans (Helferich, LIV ; Küster, LVII) et même quatre ans (Riedel, LII) qu'il

n'y avait aucun raccourcissement, que la croissance du membre n'avait pas été gênée et que la mobilité de la hanche était parfaite dans tous les sens ; c'est bien le résultat *idéal* que vantent les Allemands, et c'est surtout chez les enfants, et les enfants jeunes (4, 5, 9 ans), qu'on pourra l'espérer.

Le second groupe comprend des résultats bons encore ; ils sont, somme toute, très sensiblement comparables à ce qu'on obtient par une réduction non sanglante dans une luxation ancienne (Goullioud, Obs. II) ou même récente, ainsi qu'Endlich en cite un cas. La fonction du membre inférieur est bonne ; la jointure est solide ; le blessé ne boite pas quand il est reposé ; sous l'influence de la fatigue, ou même des variations atmosphériques, il y a un peu de douleur dans la hanche ; enfin, les mouvements ne sont pas très étendus ; ordinairement, la mobilisation passive se fait assez bien dans tous les sens, mais l'opéré ne peut, spontanément, faire que les mouvements de flexion et d'extension habituels de la marche ; l'abduction, active, est ordinairement faible.

Onze observations rentrent dans cette catégorie, dont quatre chez des enfants (Riedel XLVIII, Lane LVIII, Gerster LIX, Mikulicz LXIV). L'opéré de Riedel avait 15 ans ; sa luxation était compliquée de fracture longitudinale de la tête ; aussi, quatorze ans après, présentait-il cinq centimètres de raccourcissement, la fracture ayant gêné le développement du cartilage épiphysaire supérieur ; les mouvements étaient assez étendus. De même, celui de Mikulicz

présentait une entorse juxta-épiphysaire ; quant à celui de Gerster-Gibney il fut opéré deux fois et la cotyloïde creusée, ce qui explique l'imperfection du résultat final. Les sept autres malades étaient des adultes ; ce sont ceux de Parkes (L et LI), de Riedel (LXII), Mikulicz (LXIII), Bergmann (LXVIII) et Payr (LXXIII et LXXIV). Chez tous, un retour très satisfaisant à la fonction survint, mais pas absolument parfait, comme chez les enfants ; il faut s'en contenter, et il est impossible d'espérer mieux, chez l'adulte. Ajoutons, que dans tous les cas que nous venons de passer en revue, la plaie n'a pas suppuré.

Des six derniers cas qui nous restent à étudier, il faut d'abord exclure celui de Duret (LIII) ; la cavité cotyloïde, aplatie et élargie, ne fut pas recreusée, et la tête ne tint pas ; trois mois après l'opération persistait un raccourcissement de quatre centimètres, la tête et le trochanter dépassaient la ligne de Roser-Nélaton, et la petite malade avait encore de l'oscillation dans la marche. Les cinq autres comprennent précisément ceux que nous avons signalés comme ayant eu de la suppuration : la terminaison a été l'ankylose incomplète (Kaufmann LXXI) ou complète (Riedel LXI, Kraske LXVII, Bergmann LXIX) de la hanche ; l'ankylose a été complète aussi, et en bonne position dans le cas réséqué secondairement par Kaufmann (LXXII).

En somme, la reposition sanglante a donné un résultat parfait ou bon dans dix-huit cas, inconnu

dans un cas, médiocre dans six cas, et a à son passif trois morts. C'est grâce à une antisepsie pré-opératoire minutieuse, à un large drainage de la plaie, et enfin, à une mobilisation assez précoce de la tête replacée, qu'on pourra rendre meilleur encore ce bilan, déjà favorable.

CHAPITRE VI

Aperçu général sur la méthode sanglante.

Après avoir examiné séparément les divers procédés sanglants, employés dans le traitement des anciennes luxations traumatiques de la hanche, il faut arriver maintenant à une appréciation d'ensemble sur cette méthode. Mettant à part les observations d'extraction de la tête fémorale nécrosée à la suite de l'ostéoclasie, nous trouvons : trois ostéotomies, vingt-huit résections et vingt-huit repositions sanglantes. Deux ostéotomies ont été faites de propos délibéré (Mac-Ewen XV, et Koch XVI); huit résections ont été, de même, faites d'emblée pour des luxations iliaques (Delagarde XVIII, Bruns XX, S. Jones XXII, Niehans XXIII, Margary XXIV, Weinlechner XXVI, Dumont, XXXI et Paci XXXII) et deux pour des luxations ovalaires (Mac Cormac, XXI, Ostermayer, XLI).

Dans les quarante-sept autres cas, l'opération fut entreprise avec l'idée d'aller lever, directement, les obstacles qui s'opposaient à la réintégration de la tête fémorale luxée; nous avons vu que, soit à cause d'un manuel opératoire encore hésitant, soit parce que les obstacles à la réduction ne purent être vaincus, l'opération se termina une fois par l'ostéotomie intra-trochantérienne (Villeneuve XVII), et dix-huit fois (Voir pages 96 et 98) par la résection totale ou partielle de l'extrémité supérieure du fémur. On peut donc dire que dans 40 % des cas, la reposition sanglante fut impossible.

Voyons, maintenant, quel a été le but poursuivi par chacune de ces opérations, et comment ce but a été atteint.

L'ostéotomie cherche uniquement à rendre au membre sa direction normale; tout au plus pourrait-on, ainsi que le faisait Ollier dans les coxalgies vicieusement ankylosées, obtenir une légère diminution du raccourcissement réel, en faisant une ostéotomie oblique et en maintenant, pendant la consolidation, le membre en extension continue (1). Dans les trois cas où elle fut pratiquée, l'ostéotomie

(1) Il ne sera presque jamais indiqué, dans les luxations traumatiques de la hanche, de pratiquer l'ostéotomie avec interposition musculaire, qui vient d'être préconisée à la Société de Chirurgie de Paris, par M. Kirmisson, contre certaines ankyloses vicieuses.

a pleinement atteint le but que s'était fixé le chirurgien, et sa mortalité a été nulle.

La résection de la tête fémorale est pratiquée avec l'idée de supprimer les douleurs par compression et de corriger la déformation ; on y est presque toujours arrivé. Mais il reste un facteur important de la claudication, auquel cette opération ne remédie pas, et qu'elle aggrave souvent : c'est le raccourcissement.

Chez les enfants notamment, la résection présente de graves inconvénients pour la croissance ultérieure du membre, non seulement à cause de la suppression du cartilage épiphysaire supérieur, peu fertile après quatre ans, mais aussi parce que le fémur présente, comme tout le squelette du membre opéré, des troubles trophiques longtemps persistants. En plus du déficit osseux lui-même, un autre facteur de raccourcissement, dans la résection, est l'ascension ultérieure de l'extrémité réséquée. De fait, dans toutes les observations de résection où on l'a indiqué, le raccourcissement a été considérable, atteignant, chez des adultes, 6 centimètres (Kirmisson XXXIX) et 7 centimètres (Weinlechner XXVI).

Enfin, à la suite de la résection, les mouvements de la hanche sont très gênés : bien plus, il en est ici comme dans les résections coxo-fémorales pour la coxalgie, l'état fonctionnel du membre devient toujours mauvais, quand il y a une mobilité un peu considérable. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'extrémité du fémur, lâchement unie au bassin, remonte dans la fosse iliaque, se luxe spontanément

pour ainsi dire, et l'opéré n'est pas dans une meilleure situation, au point de vue de la marche, que si l'on n'avait pas touché à sa luxation : les observations de Nicoladoni (XXV) et de Walther (XLII) sont absolument démonstratives à cet égard. Le résultat le meilleur, dans les résections de la hanche pour luxation, sera donc l'ankylose fibreuse ou osseuse, en bonne position.

Ces considérations ne s'appliquent pas aux résections partielles de la tête fémorale ; là, au contraire, le moignon capito-cervical, réappliqué dans le cotyle dégagé, pourra donner une bonne articulation, mobile et solide.

La reposition sanglante, enfin, est celle qui remplit le mieux les indications, en rendant presque à la hanche sa constitution anatomique normale.

Chez les enfants, surtout, elle devra être cherchée à tout prix : outre que, seule, elle supprime le raccourcissement et ne compromet pas la croissance ultérieure du membre, c'est chez eux qu'ont été obtenus les plus admirables résultats. Elle est, d'ailleurs, relativement facile chez ces petits blessés, et a été réussie chez eux dans tous les cas où on l'a tentée. Chez les adultes, elle est beaucoup plus difficile : poursuivie dans trente-cinq cas, elle n'a été obtenue que dans seize, et souvent aux prix d'efforts prolongés ; elle est plus grave aussi, car la mortalité, nulle chez les enfants, s'élève à 1/7 quand le blessé a dépassé l'adolescence.

C'est donc la réduction sanglante qui, de toutes les

méthodes opératoires, a le plus de chances de rendre à l'articulation luxée un fonctionnement presque normal. Peut-être, pour la hanche, l'étude minutieuse que nous avons faite de son manuel opératoire, contribuera-t-elle à permettre plus souvent aux chirurgiens, de la mener à bonne fin.

CONCLUSIONS

I. — Les luxations traumatiques anciennes de la hanche, non réduites, produisent, en règle générale, des troubles fonctionnels assez graves pour qu'il soit nécessaire de les traiter. Quelquefois cependant, surtout dans les luxations sus-cotyloïdiennes et dans certaines luxations ischio-pubiennes, chez les jeunes sujets, le membre inférieur est en bonne position, la néarthrose est suffisamment solide, il n'y a pas de douleurs; il vaut mieux, dans ces cas, qui permettent un assez bon fonctionnement du membre, se contenter d'un traitement purement orthopédique, par la mobilisation et le massage. Il ne sera pas question d'un autre traitement, chez les vieillards et les débiles.

II. — La réduction des luxations de la hanche devient très difficile après deux semaines, souvent impossible après un mois. Néanmoins, toutes les fois que la tête fémorale n'est pas très solidement fixée dans sa position vicieuse, on doit tenter la réduction par manœuvres externes, dans l'anesthésie profonde. Ces manœuvres pouvant être dangereuses, il faut rejeter les procédés de force, et appliquer aux luxations traumatiques, la méthode de Lorenz pour les

luxations congénitales ; on procédera donc en deux temps successifs.

1^o Mobilisation de l'extrémité fémorale, rupture des adhérences et allongement des muscles rétractés.

2^o Reposition par des mouvements de flexion, abduction et rotation en dehors, pour les luxations postérieures ; flexion, adduction et rotation en dedans, pour les luxations antérieures.

Si l'on obtient la réduction, on immobilisera le membre assez longtemps, pour éviter la reluxation.

III. — Lorsque des adhérences fibreuses ou osseuses (décelables par la radiographie) unissent solidement au bassin la tête fémorale luxée, et que, d'autre part, il n'existe pas de douleurs par compression nerveuse, il sera indiqué de remédier à la position vicieuse du membre par l'ostéotomie.

IV. — La résection a souvent terminé une tentative infructueuse de reposition sanglante. Elle est indiquée dans les luxations traumatiques très anciennes, où existent des douleurs dues à la compression d'un nerf par la tête fémorale déplacée : il faudra alors, faire une résection aussi économique que possible, et chercher l'ankylose en bonne position. La résection est contr'indiquée chez les enfants, à cause des troubles ultérieurs dans l'accroissement du membre.

V. — Dans la plupart des cas de luxations anciennes irréductibles, on devra tenter la reposition à ciel ouvert. L'incision qui donne le plus de

jour est, d'après l'étude des observations, l'incision de Kocher, pour les luxations en arrière, celle de Hüter, pour les luxations en avant. La cavité cotyloïde doit être bien libérée des tissus fibreux qui la remplissent, pour que la reposition soit possible, et solide. Dans les cas difficiles, on pourra être amené à une résection partielle de la tête fémorale.

La reposition sanglante est une opération sérieuse ; sa mortalité a été de 1/9. Une asepsie rigoureuse, et un large drainage de la plaie, sont de la plus haute importance au point de vue des résultats immédiats et lointains, car l'infection entraîne l'ankylose. Quand il n'y a pas de suppuration, on obtient, soit la *restitutio ad integrum*, chez les enfants, soit, chez les adultes, une articulation solide, avec des mouvements. Pour arriver à ces remarquables résultats, une mobilisation précoce de la hanche opérée, et ensuite les bains, le massage, la gymnastique, devront lutter contre la raideur articulaire et la faiblesse persistante des muscles.

Vu :

Le président de la Thèse,

A. PONCET

Vu :

Le Doyen,

LORTET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} juillet 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 1880.
- ALLIS. — Old dislocation of Hip, attempts at reduction followed by fatal hemorrhage. *Annals of Surgery*, 1892.
- D'ANTONA. — *Progresso Medico*, 1890. — *Rev. d'Orthopédie*, 1891, p. 316.
- BAYER. — Zur Casuistik der veralteten Hüftgelenks Luxationen. *Prager med. Wochenschrift*, 1880.
- BELL. — Old traumatic dislocation of the Hip ; operation ; recovery. *The Lancet*, 1898, t. II, p. 1059.
- BIGELOW. — The mechanism of dislocation and fracture of the Hip joint. 1869.
- BIGELOW. — On dislocation of the hip. *The Lancet*, 1878, t. I, p. 860 et 894.
- BILLROTH. — Cité par KNEER.
- BLANC. — Luxation coxo-fémorale réduite au bout de trois mois. *Journal des Connais. Méd. Chir.*, 1870, n° 2.
- BLOCH. — Remarques à propos d'un cas de luxation irréductible de la hanche, traité par une opération. *Revue d'Orthopédie*, 1890, p. 161.
- BOUILLY. — 2^e Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 318.

- BROWNE. — Un unreduced Luxation of the Thigh into the Foramen ovale. *Brit. Med. Journ.*, 1879, t. I, p. 690.
- BRUNS. — Operation irreponibler Luxationen. *Centralblatt f. Chir.*, 1879, n° 43.
- BRYCK. — Beiträge zu den Luxationen. *Langenbecks Archiv. f. klin. Chir.*, 1873, t. XV, p. 279.
- CAHIER. — Luxations de la hanche. Traité Le Dentu et Delbet, 1896, t. III, p. 238.
- CATOIR. — Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière. Th. de Paris, 1888-1889.
- CHANTREL. — Luxations anciennes traumatiques et spontanées de la hanche en avant. Th. de Paris, 1898-1899.
- COLSON. — Considération sur la réduction des luxations. *Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 juin 1881.
- COMTE. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode de Lorenz. Th. de Lyon, 1900-1901.
- COOPER (A.). — A Treatise on Dislocations and Fractures of the Joints, London, 1833.
- DELAGARDE. — Surgical Cases, Devon and Exeter Hospital (Case III). *St-Bartholomews Hosp. Reports*, 1866, t. II, p. 183.
- DELORME. — Sur un cas de luxation ischiatique ancienne et irréductible, excision de la tête fémorale, etc. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1896, p. 367.
- DENNETIÈRES. — Causes des luxations irréductibles de la hanche. Leur traitement par la méthode sanglante. Th. de Paris, 1890-91.
- DESPRÈS. — Luxation ovalaire ancienne de la cuisse, réduction, guérison. *Soc. de Chir.*, 1879, p. 142.
- DOUTRELEPONT. — Drei Fälle von Hüftgelenks Luxationen. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1873, t. III, nos 1 et 2.
- DOUTRELEPONT. — Luxation traumatique (en haut et en arrière) de la cuisse droite chez un enfant de 7 ans, etc. *Berlin klin. Wochenschrift*, 1876, p. 455.

- DREHMANN. — Zur operativen Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenks Luxationen. *Beit. zur klin. Chir.* 1897, t. XVII, p. 775.
- DUMAREST. — Luxation sciatique du fémur droit datant d'un mois. Réduction. *Lyon Méd.* 1873, n° 14.
- DUMONT. — *Schweitz. med. Korrespondenzblatt*, 1887.
- DUNBAR. — Reductibility of long standing Dislocations. *The Lancet*, 1901, t. II, p. 547.
- DURAND. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1899-1900, t. III, p. 219.
- DURET, — In DENNETIÈRES.
- ENDLICH. — Ueber die blutige Reposition der Luxation iliaca et obturatoria. *Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.* 1898, t. LVI, p. 574.
- ENGEL. — Zur Frage der blutigen Reposition veralteter Luxationen in grossen Gelenken. *Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.* 1897, t. LV, p. 603.
- FIORANI. — La meccanica delle lussazioni recenti del femore e della loro riduzione, basata su nuove ricerche anatomiche. *Lo Sperimentale*, 1873, p. 458.
- FRÉTIN. — L'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. Th. de Paris, 1886-1887.
- G. GAYET. — De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductible de la hanche. *Revue de Chirurgie*, 1902, t. LVI.
- GERSTER. — *Annals of Surgery*, 1893.
- GIBNEY. — *Transact. of the N.-Y. surgical Soc.* 1894.
- GOULLIoud. — *Bull. et Mém de la Société de Chir. de Lyon*, 1899-1900, t. III, p. 217.
- GUERMONPREZ. — Voir MOUEZY.
- HAMILTON. — Luxations anciennes de la hanche. Traité pratique des fractures et des luxations. (Trad. Poinsoy). 1834, p. 1088.
- HARRIS. — The operative treatment of old unreduced dislocations of the Hip. *Annals of Surgery*, 1894.

- HAVAGE. — Luxation ancienne du fémur (variété iliaque). *Société Anatomique*, 1879, p. 547.
- HELFFERICH. — Ueber die blutige Reposition von Luxationen. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, t. XIX, p. 761.
- HOFFA. — Lehrbuch des orthopaedische Chirurgie. 1898.
- HOFMEISTER. — Zur Pathologie und Thérapie des Coxarava. *Beitr. zur klin. Chir.* 1898, t. XXI, p. 299.
- HOEFLIGER. — Die operative Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen. In. Diss. Bern (1899-1900).
- JACOB. — Traitement des luxations traumatiques et irréductibles de la hanche en arrière. *Bullet. de la Société de Chirur. de Lyon*, t. IV, 1900-1901, p. 329.
- S. JONES. — Traumatic dislocation of Hip; useless limb; excision of head of femur; succesful resultat. *The Lancet*, 1884, t. II, p. 870.
- TH. JONES. — Dorsal Dislocation of the left Hip (four months); reduction by manipulations. *The Lancet*, 1882, t. I, p. 1027.
- KAUFMANN. — In HOEFLIGER.
- KIRMISSON. — Résection orthopédique de la hanche pour luxation iliaque ancienne. *Bull. et Mém, de la Société de Chirurgie de Paris*, 1892, p. 208.
- KIRMISSON. — Ostéotomie sous-trochantérienne dans la luxation congénitale de la hanche. *Rev. d'Orthop.*, 1894, p. 137.
- KIRN. — Ueber die operative Behandlung irreponibler traumatischer Luxationen des Hüftgelenks. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1889, t. IV, p. 537.
- KNEER. — Ueber 32 traumatische Hüftgelenks Luxationen. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1889, t. IV, p. 513.
- W. KOCH. — Ostéotomie sous-trochantérienne dans une luxation invétérée de la hanche. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1882 (*Revue Hayem*, 1884, p. 588).
- KOCHER. — Chirurgische Operationslehre. Jena, 1897.
- KRASKE. — In REERINK.

KUSTER. — *In* VOLKMANN

KUSTNER. — Zwei Fälle von Osteoklase wegen nicht
redurzierbarer Luxation des Hüfte. In Diss. Halle, 1873.

LAFABRIE. — Etude sur les luxations anciennes. Th. de
Paris, 1869.

LAFORGUE. — Luxation traumatique de la cuisse datant de
trois mois, réduite au moyen de l'extension continue.
Gaz. des Hôp., 1857, n° 116.

LANE. — *Sbc, Clinique de Londres*, 24 février 1893.

LAWRENCE. — Dislocation of the right femur into the
obturator foramen in a child. *The Lancet*, 1877, t. II,
p. 461.

LEE. — History of a case of unreduced dislocation of the
Hip joint. *St-Georges Hosp. Rep.*, 1875, t. VII, p. 469.

LE DENTU. — *Bulletin Médical*, 24 octobre, 1894.

LIBER. — Méthode de douceur dans la réduction des luxa-
tions de la hanche en avant. Th. de Paris, 1890-1891.

LONGUET. — Luxation de la tête du fémur à la partie supé-
rieure et postérieure de la fosse iliaque externe, datant de
35 jours; réduction, guérison (Leçon de M. Bilhet).
Progrès Méd., 1893, p. 9, 49, 85, 99.

MAC CORMAC. — On a case of unreduced... dislocation of
the femur in which excision was successfully performed.
St-Thomas Hosp. Reports, 1879, t. IX, p. 101.

MAC EWEN. — Ostéotomie, 1880.

MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations, 1850,
t. II.

MARCHAND. — Des accidents qui peuvent compliquer la ré-
duction des luxations. Th. d'agrég. Paris, 1875.

MARGARY. — Resektion des Femurkopfes wegen nicht re-
ponirter Luxation nach hinten. *Archivio di Ortopedia*,
1884, (In *Centrablatt für Chir*, 1884, p. 279).

MIKULICZ. — *In* DREHMANN.

MOLLIÈRE. — Luxation iliaque du témur droit, datant de
50 jours; réduction par le procédé de Pouteau. *Lyon
Méd.*, 1874, n° 14.

- MOUEZY. — Traitement de la luxation de la hanche en avant. Th. de Paris, 1895-1897.
- MURELLE. — Luxation très ancienne du fémur. *Bull. de la Soc. d'Anat.*, janv. 1857.
- NICOLADONI. — Zur Arthrotomie veralteter Luxationen. *Wiener med. Wochenschrift*, 1885, p. 734.
- NIEHANS. — Ueber traumatische Luxationen beider Hüftgelenke. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1888, t. XXVII, p. 487.
- Ch. NÉLATON. — Causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche, etc. *Arch. gén. de Méd.*, 1889, p. 280, 335.
- NOTTA. — Luxation ischio-pubienne ou ovalaire, datant de 6 semaines ; réduction. *Soc. de Chir.*, 25 nov. 1874.
- OLLIER. — Traité des Résections, 1891, t. III, p. 96.
- OSTERMAYER. — *Wiener klin. Wochenschrift*, 1894, p. 750.
- PACI. — IV^e Congrès italien de Chirurgie, Gênes, avril 1887. *Rev. de Chir.*, 1887, p. 582 ; *Bulletin Méd.*, 1887, p. 220.
- PARKES. — *N. A. Practitioner*, 1890.
- PAYR. — Ueber blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1900, t. LVII, p. 14.
- PAYR. — Weitere Mittheilungen über die blutige Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen bei Erwachsenen. *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, t. LXIII, p. 952.
- PEITAVY. — Réduction d'une luxation ischio-pubienne, datant de six mois. *Wiener med. Wochenschrift*, 1873, p. 1063.
- PETIT. — Maladie des os, t. I.
- PINAULT. — Des luxations ovalaires de la hanche. Th. de Paris, 1897-1898.
- POINSOT. — De l'intervention opératoire directe dans les luxations irréductibles. *Rev. de Chirurgie*, 1883, p. 624.
- POLAILLON. — Sur la réduction des luxations irréductibles de la hanche par la méthode sanglante. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1883, p. 101.

PONCET. — Note sur l'irréductibilité des luxations de la hanche. *Rev. d'Orthopédie*, 1890, p. 378.

PONCET. — La Chirurgie à ciel ouvert. *Disc. d'ouvert. du XIII^e Congrès de Chir.*, Paris, 1899.

POPPER. — Operation und Reposition veralteten Luxationen. In. Diss. Würzburg, 1887-1888.

PORTE. — Luxation iliaque, d'origine traumatique, de la hanche-droite, datant de 13 ans. *Rev. d'Orthopédie*, 1892, p. 61.

QUÉNU. — Luxation ancienne de la hanche, etc. *Rev. de Chirurgie*, 1887, p. 1003.

RAILLARD. — Sur quelques luxations de la cuisse, compliquées de fracture du fémur. Th. de Paris, 1866.

RANKE. — Irreponible Luxatio der Hüfte. Resectio. Heilung. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1877, n^o 25, p. 357.

REERINK. — Zur operativen Behandlung irreponibler Luxationen. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1896, t. XV, p. 375.

REYNIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1897, p. 569.

RICARD. — Luxation ancienne de la hanche, résection, etc. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1890, p. 714.

RIEDEL. — Langsfractur des Schenkelkopfes und Halses. *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir.*, 1885, t. I, p. 143.

ROCHET. — Valeur de la voie d'approche antérieure pour certaines résections de la hanche. *Rev. de Chirurgie*, 1900, t. XXI, p. 499.

ROHMER. — Art. : « Hanche ». Dict. encycl. des Sc. méd.

SAYRE. — On diastasis of the Head of the Femur. *Amer. Practitioner*, 1873.

MAX SCHEDE. — *Langenbecks Archiv. f. klin. Chir.* t. XLIII.

SCHÖNBORN. — In POPPER.

SEVEREANO. — Luxations de l'épaule, de la hanche et du cou de pied. Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 339.

SIX. — Ein Fall von traumatischer doppelseitiger Luxation im Hüftgelenk. In. Diss. Würzburg, 1890-91.

- J. SMITH. — Fracture du col du fémur dans une tentative de réduction d'une luxation iliaque ancienne. *The Lancet*, 18 mars 1876.
- SMYTH. — Réduction d'une luxation de la hanche datant de 9 mois. *New-Orléans med. Journ.*, 1869, p. 71.
- SPENZER. — In HÖFLIGER.
- TILLAUX. — Luxation ischio-pubienne irréductible; résection de la tête, etc. *Rev. d'Orthopédie*, 1893, p. 27.
- TRÉLAT. — Des luxations traumatiques de la hanche. Principes de traitement. *Sem. Médicale*, 30 déc. 1885.
- VECELLI. — *Archivio di Ortopedia*, 1887, p. 411.
- VERNEUIL. — 2^e Congrès français de Chirurgie, 1886, p. 318.
- VILLENEUVE. — Luxation sous-pubienne de la hanche gauche, irréductible par les moyens ordinaires, etc. *Rev. d'Orthopédie*, 1892, p. 161.
- VOLKMANN. — Ueber die blutige Reposition veralteter traumatischer Hüftluxationen. *Deutsche Zeitschrift, f. Chirurgie*, 1893, t. XXXVII, p. 373.
- WALTHER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1897, p. 569.
- WEBER. — In KNEER.
- WEINLECHNER. — *Bericht des K. K. allgem. Krankenhauses in Wien*, 1885, t. XXIII, p. 224.
- WIPPERMANN. — Ueber die primäre Extirpation des Gelenk-
kopfes bei mit Fractura colli complicirten Luxation im
Hüftgelenk. *Langenbecks Archiv. f. klin. Chir.*, 1885,
t. XXXII, p. 440.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Etat fonctionnel des sujets porteurs d'une luxation traumatique ancienne de la hanche, non réduite.....	13
CHAPITRE II. — Réduction non sanglante.....	21
CHAPITRE III. — Ostéotomie	47
CHAPITRE IV. — Résection	53
Observations	55
Manuel opératoire.....	95
Résultats.....	99
CHAPITRE V. — Reposition sanglante	105
Observations	108
Manuel opératoire.....	166
Résultats.....	190
CHAPITRE VI. — Aperçu général sur la méthode san- glante.....	195
CONCLUSIONS	201
BIBLIOGRAPHIE.....	205

